458

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 23 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Fernand MARTIN
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Etude

DE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Dans le Traitement du Cancer du col de l'Utérus

Président : M. RECLUS, *professeur*

Juges { MM. HARTMANN, *professeur*
FAURE, *agrégé*
OMBREDANNE, *agrégé*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Martin

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

1901-1902. — Charité. — M. le professeur Tillaux (*in memoriam*), M. le Docteur Wiart.

1902-1903. — Maternité de Lariboisière. — M. le Docteur Bonnaire.

1903-1904. — Necker. — M. le Docteur Barth.

1904-1905. — Bretonneau. — M. le Docteur Josias (*in memoriam.*)

Internat

1905-1906. — Tenon. — M. le Docteur Beurnier.
M. le Docteur Faure.

1906-1907. — Hôtel-Dieu (Annexe).
M. le DocteurLegry.
M. le Docteur Bagé.

Internat

1907-1908. — Saint-Louis. — M. le Docteur Demoulin.
— M. le Docteur Beurnier.

1908-1909. — M. le Docteur Beurnier.

1909. — M. le Docteur Beurnier.

MM. les Docteurs Baudet, Dujarrier, Lapointe, Mouchet, chirurgiens des hôpitaux. MM. les Docteurs Apert, Belin, Chantemesse, Jeanselme, Lamy, Teissier, médcins des hôpitaux. MM. les Docteurs Caussade, Dubrisay, Michaux, Monthus, Tollemer.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Hystérectomie Abdominale

DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans ce modeste travail, de rechercher quelle valeur il faut accorder *actuellement* à l'hystérectomie abdominale totale (à la Wertheim) appliquée au traitement du cancer du col de l'utérus. Nombre de procédés, nombre de points de technique sont encore discutés ou varient entre les mains de tel ou tel chirurgien. Il n'en ressort pas moins que, si la méthode est encore loin d'être fixée, certains temps opératoires sont et resteront le point capital de l'intervention. Après avoir passé en revue les indications opératoires notablement modifiées dans ces dernières années, grâce aux perfectionnements de la technique

chirurgicale, nous exposerons la technique de l'opération de Wertheim, puis nous discuterons les temps principaux de l'opération. Nous chercherons ensuite à montrer par un résumé sommaire des statistiques publiées depuis dix ans, que l'hystérectomie abdominale totale telle qu'on la pratique aujourd'hni est une opération suffisante qui fait du cancer du col de l'utérus un des cancers les plus curables.

Qu'il nous soit permis, à la fin de nos études, de témoigner notre profonde gratitude et notre attachement à deux de nos maîtres : M. le Dr Beurnier qui a bien voulu nous marquer sa confiance pendant les trois années que nous fûmes son interne ; et M. le Dr J.-L. Faure à qui nous devons l'idée de ce travail : sa compétence toute spéciale sur ce sujet, ses idées nettement établies sur l'hystérectomie abdominale nous ont permis de donner des conclusions qui pourraient paraître un peu osées si elles ne reflétaient l'enseignement que nous avons reçu.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le traitement du cancer du col de l'utérus met aux prises actuellement toutes les initiatives chirurgicales, tant en France qu'à l'étranger. Avec les progrès de la technique moderne l'épithélioma du col est devenu une affection curable, et lointaines sont déjà les opératiens dites palliatives que l'on pratiquait dans les services, plutôt pour donner aux malades l'illusion d'un geste opératoire efficace, que dans la conviction de leur être utile. Nous avons vu au début de nos études nombre de malades, certaines encore jeunes, reléguées dans quelques lits lointains des salles de chirurgie, car bien peu de chirurgiens avaient alors tenté une opération radicale. On épuisait chez ces malades toute la série des procédés médico-chirurgicaux (pansements vaginaux, caustiques, curettages), tous inefficaces sinon dangereux. Un cas favorable survenait-il, on avait recours à l'hystérectomie vaginale.

Nous n'avons pas l'intention d'établir ici un parallèle entre l'hytérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale : chacune d'elle a ses partisans dans l'ablation du cancer du col. A l'heure actuelle cependant l'hystérectomie abdominale totale semble plus universellement admise : elle pa-

raît plus rationnelle puisqu'elle permet de poursuivre les prolongements du mal dans le tissu cellulaire pelvien ; elle est moins aveugle et c'est en voyant les repères anatomiques que l'on découvre et dégage les organes altérés (uretères) ; elle donne une opérabilité plus grande en permettant d'aller se rendre compte de visu du degré des lésions. Il est des cas cependant où l'hystérectomie vaginale trouve encore des défenseurs même chez les partisans de l'hystérectomie abdominale : c'est lorsqu'il s'agit de femmes obèses ou très épuisées chez lesquelles la dissection pelvienne est à peu près impossible et qui, résistent mal au schock opératoire.

L'hystérectomie abdominale totale est de date récente. Freund en 1878, créateur de la méthode, débuta par un succès ; il opéra pour la première fois par l'abdomen une malade atteinte de cancer du col de l'utérus, femme de soixante-deux ans, encore vivante vingt-cinq ans après. C'est sous l'impulsion du chirurgien de Strasbourg qu'on eut recours à l'hystérectomie abdominale totale ; mais les premiers résultats ne furent pas heureux. L'hystérectomie abdominale donna entre les mains des premiers chirurgiens qui la pratiquèrent une mortalité opératoire de 70 à 75 0/0. On l'abandonna pour de longues années et le cancer de l'utérus fut traité soit par des méthodes palliatives, soit par l'hystérectomie vaginale pure ou modifiée (colpo-hystérectomie de Schuckardt et Schauta.) L'hystérectomie vaginale ne donne pas non plus les résultats qu'on en attendait ; les récidives sont fréquentes ; et peu à peu une tendance marquée à revenir à l'hystérectomie abdominale se fait sentir. Des transformations se font

dans la technique et en première ligne on montre la nécessité d'une dissection systématique des uretères. Rumpf et Ries de Chicago contribuent puissamment à fixer le manuel opératoire : ce dernier, en 1895, à la société de médecine de Francfort, expose une technique qui a de grandes analogies avec la méthode de Wertheim. Il montre que pour avoir des résultats durables dans l'hystérectomie abdominale totale pour cancer il faut : 1° disséquer les uretères ; 2° extirper la base des ligaments larges ; 3° faire l'ablation des ganglions. Et en faveur de sa méthode Ries apporte en 1906 des observations de guérisons dont trois datent de 9, 8 et 5 ans.

De 1895 à 1900 s'affirme donc une tendance à pratiquer des interventions de plus en plus larges ; des recherches nombreuses paraissent sur les lymphatiques et l'envahissement ganglionnaire, sur la fréquence de l'infiltration du paramètre. En Allemagne on peut citer les travaux de Rosthorn, Kutsner ; en Amérique ceux de Ries, Werder, Clark, Cullen. En France les partisans de l'hystérectomie abdominale affirment leur opinion au Congrès de chirurgie de Paris 1899 (rapport de M. Ricard), et d'Amsterdam 1899 (rapport de M. Reynier), et les chirurgiens français apportent de nombreuses observations.

Mais c'est à Wertheim que revient nettement le mérite d'avoir vulgarisé la méthode qui porte son nom. Dès 1898 Wertheim fixe la technique des opérations élargies pour cancer du col et depuis, dans de nombreuses communications, dans les réunions de diverses sociétés savantes, il n'a cessé de faire connaître ses résultats, les modifications de sa technique, ses recherches de laboratoire. C'est

donc lui qui nettement a le plus contribué à la diffusion de la méthode « élargie » dans l'hystérectomie abdominale totale.

Il est suivi par le plus grand nombre des chirurgiens allemands ; tout d'abord on discute la méthode et la lutte est chaude entre les partisans de la voie haute et ceux de l'hystérectomie vaginale (Congrès de Giessen, 1901, Congrès de Wurzbourg, 1903, réunion des naturalistes de Breslau, 1904, Congrès de Kiel, 1905). Depuis lors la méthode de Wertheim l'emporte : Doderlein abandonne l'hystérectomie vaginale en 1902, Bumm, Konig, Pfannenstiel, Mackenrodt donnent des statistiques, chacune d'elles portant sur des centaines d'observations.

En France, après un premier pas en faveur de l'hystérectomie abdominale, qui s'affirme de 1899 à 1901, on garde le silence sur la valeur de la méthode. Au Congrès de Rome, 1902, le rapport de M. Pozzi montre l'hésitation des chirurgiens français : la mortalité opératoire a diminué depuis les débuts, mais les récidives sont décourageantes. Cependant, dans ces dernières années, le mouvement semble se dessiner de nouveau en faveur de la méthode de Wertheim. (Communication de J.-L. Faure à la Société de Chirurgie, 1906, et Rapport à la Société internationale de Chirurgie de Bruxelles, 1908.) On cherche également à appliquer au traitement du cancer du col la méthode que Barenhauser employait en 1881 pour l'ablation des fibromes : c'est le principe de l'hystérectomie vagino-abdominale dont la technique fut donnée à la Société de Chirurgie par Imbert et Piéri (1), le 15 novembre 1905, et que nous

1. Imbert et Piéri. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris, 1905 (15 novembre).

avons vu pratiquer par M. J.-L. Faure le 2 février 1906 ; de l'hystérectomie périnéo-abdominale de Quénu et Duval (1). Toutes ces méthodes ne sont que des variantes de l'hystérectomie abdominale totale.

Nous verrons que s'il est possible de mettre en doute l'utilité de quelques points de la méthode (évidement pelvien), du moins paraît-elle, à l'heure actuelle, devoir être opposée avec efficacité au cancer du col de l'utérus.

---

1. Duval. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris, 13 juin 1906.

CHAPITRE II

INDICATIONS OPÉRATOIRES. DIAGNOSTIC D'OPÉRABILITÉ

Autrefois tout cancer du col de l'utérus ayant dépassé les limites de l'organe était considéré inopérable, et par suite les interventions étaient peu nombreuses. Il semble qu'aujourd'hui la voie abdominale ait notablement étendu la limite de l'opérabilité en permettant de s'adresser à des cancers accompagnés d'envahissement des ligaments larges et des ganglions. Cependant cette opérabilité possède elle-même une limite, variable d'ailleurs suivant les chirurgiens et il est important de déterminer dans quel cas on peut ou on doit intervenir. Formuler des indications opératoires est chose difficile, d'autant plus que la clinique bien souvent ne renseigne qu'imparfaitement sur les lésions anatomo-pathologiques. Il est classique de dire que les signes fournis par l'examen de la malade ne donnent pas une idée exacte du mal et que les lésions sont toujours plus considérables qu'on pense. D'autre part, les opérations complétées par l'examen histologique des pièces ont montré que dans beaucoups de cas, les infiltrations supposées cancéreuses étaient des lésions inflammatoires banales surajoutées. Il est donc de toute nécessité, à la suite d'un

examen clinique peu probant, de ne pas faire perdre aux malades le bénéfice d'une intervention peut-être radicale, et mieux vaut une laparotomie exploratrice que laisser évoluer un cancer arrivé à la limite de l'opérabilité.

Ceci posé nous dirons qu'un cancer du col de l'utérus est opérable toutes les fois qu'on ne trouvera pas une des contre-indications suivantes qui peuvent tenir soit à *l'état général* de la malade, soit a *l'état local* des lésions.

Du côté de l'état général il est bien évident qu'il faut tenir compte de *l'âge avancé* des malades : le cancer évolue moins rapidement chez des femmes ayant dépassé la soixantaine et chez elles le schock opératoire acquiert une extrême gravité, et les complications pulmonaires sont fréquentes. Il en est de même pour les *femmes obèses :* l'extrême embonpoint n'est pas à proprement parler une contre-indication ; mais il rend l'opération très difficile, et nous avons fait cette réserve que l'hystérectomie vaginale pouvait trouver dans ce cas ses indications. Ce qu'on observe surtout chez les malades qui se présentent à l'examen pour cancer du col c'est *l'état de cachexie, d'anémie.* La plupart d'entre elles viennent consulter trop tard, alors que l'amaigrissement est considérable, ou que l'on observe déjà de l'albuminurie, des œdèmes et d'autres petits signes d'urémie. Parfois on observe chez ces malades un cancer inopérable, parfois aussi la tumeur est encore peu étendue, comme si la malignité de l'affection portait surtout atteinte à l'état général. On doit connaître la gravité de l'acte opératoire chez ces malades, et si l'on décide l'intervention, ce ne sera qu'après avoir institué pendant quelques semaines un traitement médical approprié.

Plus importantes sont les contre-indications provenant de l'envahissement de la tumeur. « Le diagnostic du cancer étant fait, il faut apprécier les limites d'extension du néoplasme, point le plus délicat et le plus utile au point de vue opératoire » (1). Chose curieuse, ce ne sont pas toujours les cancers ulcérés ou bourgeonneants qui retentissent le plus sur les organes voisins et le paramètre ; il semble même que le maximum de gravité revienne au *cancer infiltré du col*. Cette forme en effet est souvent méconnue, elle est insidieuse et ne s'accompagne pendant longtemps ni de métrorrhagies, ni de pertes roussâtres ou fétides ; elle envahit progressivement col et paramètre, jusqu'à former un bloc cancéreux immobilisé au milieu du petit bassin. C'est sur cette variété de cancer qu'il convient d'attirer l'attention, car reconnue de façon précoce elle est susceptible de cure radicale. Les signes fonctionnels n'ont rien de caractéristique : troubles gastro-intestinaux qu'on prend pour de l'entérite banale, névropathie qu'on met sur le compte de la ménopause ; leucorrhée légère, pesanteur pelvienne, douleurs lombaires qui traduisent les phénomènes de congestion de l'utérus et qu'on prend pour une simple métrite. Localement même, un examen rapide peut méconnaître au niveau du col un petit noyau limité mais dur, et dont la consistance seule doit donner l'éveil. Pas toujours de « signe de l'ongle » car une petite lame de tissu utérin sépare le doigt de la tumeur. Dans ces cas une biopsie s'impose sans retard, nécessaire pour confirmer le diagnostic, nécessaire parfois aussi pour faire com-

1. Delbet. *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.*

prendre aux malades incrédules que le temps presse et que l'opération est de toute nécessité.

L'extension du cancer du col peut se faire vers le *corps de l'utérus* (épithélioma cylindrique de la cavité cervicale) : elle ne constitue pas une contre-indication opératoire. Il en est de même lorsqu'il y a propagation au *vagin et au vagin seul*; mais bien souvent c'est l'indice de l'extension au bas-fond vésical.

Reconnaître *l'extension à la vessie* est d'intérêt capital puisqu'elle peut être la cause de grandes difficultés opératoires : dissection des uretères au niveau de leur terminaison. Certains signes fonctionnels peuvent déjà faire reconnaître la participation de la vessie : difficulté d'uriner, fréquence des mictions, urines mêlées de pus ou de sang. Le toucher vaginal combiné au palper peut révéler l'absence de souplesse au niveau du cul-de-sac antérieur et l'induration de la cloison vésico-vaginale.

Mais ce mode d'examen est souvent insuffisant et l'examen direct de la vessie au moyen du cystoscope a paru donner dans ces dernières années des renseignements dignes d'êtres relatés. C'est à Winter que revient le mérite d'avoir montré l'utilité de l'examen cystoscopique. De nombreux travaux ont été publiés en Allemagne ; (Mémoire de Fromon, de Schauta) et récemment on s'est occupé de cette question au Congrès d'Urologie de Berlin. Il semble que l'on puisse résumer ainsi les conclusions au point de vue opératoire : 1° L'opération est facile lorsqu'il n'apparaît aucune lésion de la muqueuse vésicale, ou lorsque celle-ci est simplement congestionnée ; 2° L'œdème vésical a une grosse valeur, il est un signe

certain d'envahissement de la tunique musculeuse sous-jacente ; 3° La saillie du trigone, lorsqu'elle n'est pas due à un phénomène purement mécanique de soulèvement par la tumeur, indique un envahissement profond de la cloison vésico-utéro-vaginale qui rendra l'opération extrêmement pénible ; 4° La cystoscopie fait reconnaître le siège d'une fistule vésico-vaginale ; 5° La cystoscopie peut être complétée par le cathétérisme des uretères qui montre ou non le défaut de fonctionnement de l'un d'eux. Ces dernières conclusions ont moins d'intérêt puisque l'examen clinique seul permet déjà de reconnaître la présence d'une fistule ou d'une hydronéphrose (1).

Pollosson pratique couramment le toucher intra-vésical qui permet d'apprécier le degré de mobilité de la musculature vésicale sur la tumeur sous-jacente. Pollosson s'exprime ainsi à ce sujet :

---

1. Nous remercions M. le Dr Luys, d'avoir bien voulu nous donner quelques renseignements au sujet de la cystoscopie. Voici le résumé de sa communication au Congrès d'Urologie allemande qui s'est tenu à Berlin, en avril 1909, concernant l'utilité et les résultats de la cystoscopie au point de vue des indications opératoires dans le cancer du col de l'utérus :

« L'examen de la vessie dans le cancer de l'utérus est indispensable à pratiquer, car c'est lui qui doit parfois décider l'opportunité de l'hystérectomie abdominale. La cystoscopie seule permet de savoir si la vessie est ou non envahie par le processus cancéreux et si les orifices uretéraux et les uretères étant comprimés par le cancer issu de l'utérus, la fonction urinaire se trouve de ce fait gravement compromise. La cystoscopie montre tantôt une vascularisation plus accentuée au niveau du bas-fond vésical : ce sont les cas de début ; tantôt la présence de plis, de boules d'œdèmes, de bourrelets œdémateux suivant que le processus est plus ou moins accentué.

L'auteur a examiné personnellement vingt-quatre femmes atteintes d'épithélioma utérin et a pu constater que :

« Il est un moyen, trop peu usité, sur lequel nous croyons devoir fixer l'attention et qui nous a fourni parfois des indications précieuses ; nous voulons parler du toucher digital intra-vésical. Ce moyen est facile à mettre en usage et quelques minutes de dilatation de l'urètre, au moyen de bougies de Hégar, permettent la pénétration du doigt dans la vessie, sans provoquer de lésions. On acquiert ainsi une donnée précieuse, non pas seulement sur les lésions de surface de la muqueuse vésicale, mais sur le degré d'envahissement de la musculature et sur la fixité de la paroi de la vessie par rapport au cancer sous-jacent. Dans plusieurs cas, ce moyen d'exploration nous a permis de trancher la question de l'opérabilité. Nous pouvons même faire remarquer que, dans certains cas identiques entre eux au point de vue de l'examen cystoscopique et présentant des altérations superficielles, nous avons pu décider une intervention par le fait de la mobilité de la paroi vésicale constatée au toucher, ou rejeter une opération radicale en raison de l'envahissement de la vessie

---

1° La vessie était complètement saine dans 5 cas ;

2° La vessie avait son bas-fond légèrement enflammé dans 3 cas.

3° La vessie était envahie par le cancer et présentait non seulement des boules d'œdèmes sur tout le bas-fond mais aussi une surélévation de la paroi inférieure dans 10 cas ;

4° Dans 3 cas il a constaté des fistules vésico-vaginales ;

5° Dans trois cas il a observé des compressions des orifices uretéraux avec retentissement marqué sur le fonctionnement rénal.

Ces derniers cas sont les plus importants car ils peuvent passer complètement inaperçus. Dans un de ces cas, la malade ne se doutait absolument pas qu'elle eut quelque chose aux reins car jamais elle n'avait souffert ni rien ressenti de ce côté et pourtant elle avait une déchéance fonctionnelle complète d'un rein.

dans toute son épaisseur, envahissement que le doigt fait nettement connaître. »

Ce toucher permet accessoirement l'exploration de l'urètre et la présence d'un noyau épithéliomateux sur le trajet de ce canal est l'indice de la gravité toute particulière de l'extension.

La propagation au rectum est plus facile à reconnaître. Le toucher rectal renseigne sur l'intégrité et la souplesse de la muqueuse ; le toucher recto-vaginal montre l'état de la cloison. Si l'extension au rectum est constatée, son étendue seule est une contre-indication opératoire.

Reconnaître le degré d'extension au paramètre est le point capital à déterminer. La douleur, dit on, apparaît dans ces cas, mais elle constitue un signe tardif, et c'est avant son apparition qu'on doit opérer : un cancer douloureux est presque toujours inopérable. C'est donc le toucher qui doit donner les renseignements utiles : on doit se mettre en garde tout d'abord contre les déformations du col, qui peuvent exister sans que la tumeur ait dépassé les limites de l'utérus. Les fibres musculaires irritées par la présence d'un noyau cancéreux s'hypertrophient, déforment le col dans sa totalité ou particllement et peuvent faire croire à la participation du paramètre, alors que ce dernier est encore séparé du col par du tissu utérin intact. La forme et le volume du col n'ont donc qu'un intérêt secondaire. Il n'en est pas de même de la *mobilité*.

Utérus mobile, cancer opérable, telle est la formule généralement admise. On recherche cette mobilité par le

---

1. Pollosson, *Lyon Chirurgical*, février 1909, p. 339.

toucher bidigital combiné au palper abdominal, par le toucher rectal ou recto-vaginal ; on la recherche encore par l'abaissement de l'utérus au moyen d'une pince de Museux. On distinguera la mobilité verticale, et la mobilité transversale de l'utérus ; cette dernière est liée à l'état des culs-de-sac latéraux. Il existe plusieurs degrés d'envahissement. « Si l'exploration fait reconnaître une mobilité au moins verticale, de la souplesse des culs-de-sac, il n'y a pas de contre-indication. Si latéralement on trouve une masse extra-utérine dans un cul-de-sac, c'est qu'il y a invasion de la base du ligament large correspondant et l'opérabilité devient plus douteuse. Si enfin le ligament large est envahi dans toute son étendue, si l'utérus est totalement immobilisé on doit conclure à la non intervention. »

Que doit-on penser de la laparotomie exploratrice au point de vue du diagnostic d'opérabilité ? M. Faure (1) conclut : « Dans le doute on peut aller voir, on doit même aller voir, de façon à faire profiter la malade des seules chances de guérison qu'elle puisse encore espérer, mais si une laparotomie exploratrice montre que les lésions sont plus étendues qu'on ne le pense, si l'utérus est peu mobile, s'il y a infiltration des tissus paracerviaux, mieux vaut s'abstenir et battre en retraite que d'entreprendre une opération, sans avoir aucune chance sérieuse de guérir la malade, avec beaucoup de chances de la tuer ».

Enfin, dans certains cas, l'inopérabilité n'est reconnue qu'au cours de l'opération.

---

1. J.-L. Faure. *L'hystérectomie*. Douai, 1906.

Cancer et grossesse

Lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte les indications opératoires restent-elles les mêmes ? On sait d'une part que la grossesse a une influence néfaste sur le cancer du col ; elle active son évolution, elle provoque des hémorragies redoutables par leur répétition et leur abondance ; l'extension aux organes voisins semble favorisée par la puerpéralité et l'apparition des douleurs et de règles au cours de la grossesse. D'autre part il est reconnu qu'un tiers des femmes enceintes atteintes de cancer du col est susceptible de mener la grossesse à terme ; le plus souvent l'avortement se produit ou l'enfant meurt. Si la grossesse évolue il est enfin possible que le cancer devienne une cause de dystocie ou détermine des hémorragies graves.

Ces raisons étant connues on s'est demandé s'il ne convenait pas d'intervenir de parti pris et quel que soit l'âge de la grossesse. La question est donc la suivante : s'il s'agit d'une grossesse avec enfant viable, doit-on sacrifier l'enfant pour tenter une cure radicale, ou au contraire laisser la grossesse évoluer aux dépens de la santé de la mère ? En raison des récidives fréquentes, la conduite est discutée en France. En Allemagne on enlève l'utérus sans s'occuper de l'enfant. Il nous paraît sage d'intervenir lorsqu'il s'agit d'un cancer très limité, et quel que soit l'âge de la grossesse. Si au contraire la tumeur est sur les limites de l'opérabilité, on peut chercher à atteindre le terme de la gestation et intervenir à cette période.

La technique chirurgicale est la même ; on fait si l'enfant est viable l'opération césarienne et on enlève l'utérus suivant la méthode de Wertheim. On a remarqué que l'opération au cours de la grossesse était facilitée par la souplesse des tissus et la netteté des plans de clivage des tissus péri-utérins. L'hémorragie qu'on doit toujours craindre en pareil cas ne paraît pas entraîner des difficultés spéciales d'hémostase.

Quant aux résultats, il n'accusent pas une gravité particulière de l'opéraiion.

CHAPITRE III

THECNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR CANCER DU COL

Nous décrirons dans ce chapitre l'hystérectomie abdominale totale, telle que nous la voyons pratiquer journellement dans la plupart des services : hystérectomie « à la Wertheim » dont les points originaux sont les suivants :

1° Enlever en même temps que l'utérus une certaine partie du vagin, de façon à dépasser largement les limites du mal ;

2° Enlever en même temps que l'utérus le tissu cellulaire paracervical où le néoplasme a tendance à s'infiltrer ;

3° Isoler d'emblée l'uretère, condition nécessaire pour faire une bonne dissection du paramètre.

Pour enlever la portion vaginale on a eu recours à certaines modifications hystérectomie-vagino ou périnéo-abdominale dont le principe est la désinsertion première du vagin et que nous décrirons.

I. — Technique de l'hystérectomie abdominale totale d'après la méthode de Wetrheim

1° *Ouverture de l'abdomen. Mise en place de la valve abdominale. Protection du champ opératoire.* — La

malade anesthésiée est placée en position élevée du bassin (renversement maximum). On pratique une incision médiane ombilico-pubienne ; dans les cas difficiles il peut être indiqué de prolonger jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'ombilic l'incision initiale sous-ombilicale. On met en place la valve sus-pubienne destinée à écarter l'ouverture abdominale. Après avoir exploré utérus et annexes on protège le champ opératoire : Pollosson fixe le péritoine aux champs stérilisés de façon à éviter tout contact avec la peau. On étend sur la masse intestinale des champs de toile ou de grandes compresses de gaze qui refoulent l'intestin vers le diaphragme.

2° *Prise de l'utérus. Ligatures des ligaments ronds et larges.* — On attire l'utérus au moyen d'une pince forte qui le saisit au niveau du fond ; ou mieux deux pinces sont placées au niveau des cornes utérines. Si l'organe est friable, on peut, pour éviter sa déchirure, saisir la partie juxta-utérine des ligaments ronds et de la portion tubaire du ligament large soit au moyen de pinces, soit avec des fils de grosse soie passés dans l'épaisseur des ligaments. On peut faire une ligature en masse au moyen de ces fils dont on conservera les chefs, et assurer ainsi l'hémostase de la tranche interne des ligaments ronds et larges après section de ces derniers.

On fait la ligature des ligaments ronds, chose facile ; puis pour les pédicules utéro-ovariens, on saisit les annexes de la main gauche et on les attire de façon à tendre et à voir le paquet vasculaire. On peut faire chaque ligature après section entre deux pinces que l'on remplace aussitôt par des fils de catgut. Mais il est plus rapide de faire

d'emblée deux ligatures échelonnées et de couper entre les deux.

3° *Incision du péritoine du cul-de-sac vésico-utérin.* — On incise le péritoine au ciseau ou au bistouri un peu au-dessus du sillon qui sépare l'utérus de la vessie, entre les ligatures des ligaments ronds. Puis avec le doigt armé de compresse ou aux ciseaux courbes on décolle la vessie de la face antérieure du col et de la paroi antérieure du vagin. Souvent ce temps présente des difficultés quand il s'agit de cas avancés ; il faut redouter la blessure de la vessie sans toutefois entamer le tissu utérin qui peut être envahi par le cancer. On sépare ainsi la vessie le plus loin possible et on la refoule très bas vers le vagin.

4° *Ligatures des utérines.* — On poursuit latéralement le décollement du péritoine à droite et à gauche de l'utérus. Le doigt repousse les parties molles tandis que l'utérus est attiré du côté opposé. On recherche ainsi sur les côtés l'artère utérine accompagnée de veines. L'artère est pincée, liée et sectionnée. Wertheim recommande de saisir avec l'index en crochet la corde formée par le pédicule vasculaire en l'accrochant d'arrière en avant sur la pulpe du doigt. Il est bon de lier l'artère loin de l'utérus et le plus près possible de son origine.

5° *Recherche de l'uretère.* — On procède maintenant à la recherche de l'uretère, *qu'il faut voir* pour l'isoler du paramètre. Wertheim et Jonnesco recommandent d'aller le chercher au niveau du détroit supérieur de chaque côté du promontoire. On peut également le découvrir en un point de son trajet pelvien.

1° Soit au niveau du croisement de l'artère utérine, cas le plus ordinaire ;

2° Soit au niveau de la vessie (Pollosson). Pour mieux voir l'uretère à ce niveau J.-L. Faure recommande l'emploi d'une longue valve vaginale que l'on met par dessus la valve sus-pubienne et qui va s'engager entre la vessie et la paroi antérieure du vagin. « Cette valve ramène la vessie en avant et en tendant l'uretère qui s'insère sur elle et est entraîné avec elle permet de le voir plus facilement » ;

3° Soit sous le feuillet postérieur du ligament large (Kronig) s'il n'apparaît pas tout d'abord par suite de l'infiltration du paramètre. On le cherche alors en tissu sain le long de la paroi pelvienne où il est facile de le découvrir. On le suit dans le ligament large ; en se guidant sur lui on sectionne aux ciseaux courbes le tissu qui l'entoure et cette dissection est poursuivie jusqu'à la vessie. On ne doit pas le dénuder *de près* mais laisser autant que possible intacte sa gaine conjonctivo-vasculaire. Pour faciliter la dissection on peut le soulever au moyen d'un instrument mousse, d'une pince coudée, d'un fil passé en anse sous l'organe ; mais on ne doit pas exercer de traction sur l'uretère.

Quel que soit le mode de découverte, c'est ce temps qui donne à l'opération son caractère original. Alors qu'au cours d'une hystérectomie ordinaire, on ne voit pas l'uretère on ne saurait trop répéter qu'ici il faut le voir et le suivre dans tout l'espace qui s'étend de l'embouchure dans la vessie jusque sous le feuillet postérieur du liga-

ment large. L'uretère du côté opposé est découvert symétriquement et suivi de même sur tout son trajet.

L'uretère est parfois englobé par le néoplasme, mais rarement envahi, toutefois on peut être obligé de le réséquer et de pratiquer une uretéro-cysto-néostomie. Certains chirurgiens préfèrent enlever d'emblée le rein correspondant. Ces manœuvres assombrissent le pronostic de l'intervention mais force est parfois d'y avoir recours si on veut poursuivre l'opération d'une façon utile.

6° *Ablation du paramètre.* — Les uretères dégagés, la vessie décollée, on s'assure par le toucher que la libération du vagin dépasse en bas d'une façon notable la limite inférieure du néoplasme, jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessous de lui. Les uretères étant reclinés on peut aller, sur les côtés, loin de l'utérus chercher le clivage qui doit permettre d'enlever toute la masse néoplasique ; si on se rapproche du col en effet, on coupe en plein tissu cancéreux. Le décollement se fait donc, nous le répétons, très loin du col, tout près de la paroi pelvienne, on n'a rien à craindre puisqu'on voit l'uretère. On opère au doigt ou aux ciseaux courbes, enlevant tout le tissu cellulaire du ligament large jusqu'à la paroi du bassin en dehors, en avant jusqu'à la fosse obturatrice dont le muscle peut apparaître, profondément jusqu'à la face supérieure du releveur anal, en arrière jusqu'à l'insertion pelvienne des ligaments utéro-sacrés (après avoir soulevé ou sectionné le feuillet postérieur du ligament large).

7° *Section des ligaments utéro-sacrés. — Libération du vagin.* — L'utérus est alors fortement attiré en avant, pour tendre les ligaments utéro-sacrés ; on les pince et on les

coupe, après ligature (Wertheim), car leur section saigne parfois abondamment. L'utérus n'est plus maintenu que par l'insertion vaginale.

On sectionne le péritoine du cul-de-sac de Douglas et le doigt décolle le vagin du rectum sur une hauteur suffisante pour que le néoplasme soit largement dépassé par en bas, et pour arriver à peu près au niveau du décollement antérieur et latéral. Si la paroi rectale est envahie il vaut mieux sectionner du côté du rectum que dans le néoplasme ; on fait ensuite une suture de la paroi rectale (tunique musculaire).

8° *Section du vagin.* — On doit sectionner enfin le vagin « et c'est l'instant compromettant pour l'asepsie ». Pour éviter l'inoculation possible on saisit le vagin : 1° soit au moyen de pinces coudées en *L*, comme le fait Wertheim. Une pince est placée à droite au point le plus déclive du décollement vaginal ; une autre pince à gauche ; il faut avoir soin de faire chevaucher les becs ; 2° soit au moyen de pinces à grande courbure de Goullioud. On emploie également des clamps courbes. Certains chirurgiens placent deux étages successifs de pinces de façon à pouvoir sectionner entre chaque étage ; on a reproché à ce procédé d'obliger l'opérateur de sectionner un peu moins bas. Quel que soit le procédé on glisse avant de sectionner une compresse dans le Douglas, puis on a soin de faire faire par un aide un lavage vaginal et assécher le vagin au moyen de compresses. Cette pratique a pour but de débarrasser le segment inférieur du vagin des parcelles de tumeur et de produits sanieux qui ont pu s'écouler par expression au cours de la dissection du paramètre. On procède ensuite à la section

du vagin au-dessous des pinces, ou entre les deux rangées de pinces au moyen du bistouri, ou mieux avec de forts ciseaux courbes. Les instruments doivent être mis de côté et ne plus servir pour la fin de l'opération.

« L'utérus, le col et la portion de vagin pincée au-dessous de lui sont ainsi enlevés en bloc sans que la cavité vaginale ait été ouverte. »

Lorsque la tumeur est trop volumineuse, l'emploi des pinces est à peu près impossible, on devra alors protéger le bassin au moyen de compresses ou de champs avant d'enlever l'utérus. Nous verrons que dans ces cas l'opération vagino-abdominale ou périnéo-abdominale peut trouver son indication.

9° Le reste de l'opération est facile mais nécessite cependant des soins importants : il faut faire une hémostase extrêmement soignée, car le suintement sanguin expose à l'infection.

On enlève pour terminer les ganglions hypertrophiés que l'on sent par le palper, on en trouve de façon presque constante au niveau de la bifurcation iliaque primitive. Wertheim pratique à ce moment l'évidement pelvien.

10° On draine par le vagin et on place une mèche stérilisée de chaque côté pour tamponner la tranche vaginale. On péritonise au-dessus et on ferme l'abdomen sans drainage sus-pubien.

Telle est l'opération de Wertheim ; elle dure une grande heure, dans les cas difficiles cinq à six quarts d'heure. Certaines modifications ont été apportées dans l'incision de

la paroi. Kutsner, le premier au point de vue esthétique appliqua à l'hystérectomie l'incision transversale de la peau au niveau du pli sus-pubien. Pfannenstiel, en 1900, apporte les modifications suivantes : il incise non seulement la peau, mais aussi l'aponévrose, et décolle cette dernière des muscles droits. Les muscles droits libérés de leur aponévrose se laissent facilement écarter. Cette incision transversale présente l'avantage de découvrir plus largement les parois latérales et les fosses iliaques, point appréciable dans l'hystérectomie pour cancer, où il faut chercher l'uretère, et découvrir les ganglions iliaques si l'on fait l'évidement pelvien. Cette incision transversale est maintenant employée par un certain nombre de chirurgiens, non plus dans un but esthétique, car pour qu'elle soit vraiment utile il faut la faire haut, au niveau d'une ligne unissant les épines iliaques antérieure et supérieure. Mackeurodt sectionne en plus les muscles droits ; puis pour protéger l'abdomen contre l'infection suture le péritoine de la lèvre supérieure de l'incision au péritoine postérieur du Douglas et du détroit supérieur. Il sépare ainsi l'abdomen du bassin, et rend ainsi le champ opératoire « extra-péritonéal » soit de façon temporaire soit définitivement suivant les cas.

Quelle que soit l'incision, le point original du Wertheim reste le même : on enlève largement le néoplasme en l'attaquant de haut en bas. On a cherché à pratiquer la désinsertion première du vagin en attaquant la tumeur de bas en haut : c'est le principe de la méthode vagino ou périnéo-abdominale : elle constitue une manière de faire inverse de la suivante qu'on employait au début de la

méthode de Wertheim : dissection pelvienne initiale, péritonisation au-dessus de l'utérus refoulé vers la vulve et ablation par le vagin.

II. — Hystérectomie vagino-abdominale

Nous décrivons la technique que nous avons vue mettre en pratique à différentes reprises par M. J.-L. Faure.

Soins préliminaires. — Les préparatifs immédiats demandent à être bien réglés pour éviter une perte de temps toujours précieuse dans une opération longue et difficile.

1° Malade en position périnéale ordinaire ;

2° Nettoyage du vagin par un aide spécial ou par un aide qui revêt des gants de caoutchouc ;

3° Nettoyage de la paroi abdominale par un aide différent ou au moyen d'autres gants de caoutchouc. Le ventre est recouvert d'un champ de toile aseptique qui reste en place pendant le temps vaginal de l'opération. On peut fixer ce champ au moyen d'un bandage de corps ou d'un tour de bande noué sur l'abdomen. Il sera utile de laver de nouveau le ventre à l'éther-alcool pendant que l'opérateur changera de gants, immédiatement après le temps vaginal ;

4° Du côté de l'opérateur deux aides sont nécessaires (dont un, qui se place généralement à gauche de la malade, maintiendra en place les valves vaginales). Pour ce premier temps on se sert de gants de caoutchouc qui peuvent

être supprimés ou changés pour le temps suivant abdominal.

Temps vaginal. — Mise en place des champs stérilisées (bottes et champ tracé de Howard-Kelly).

L'opérateur est assis généralement ; mais avec les tables à élévation variable dont on dispose dans les hôpitaux, il est peut-être plus avantageux de se tenir debout. Il nous a semblé que cette attitude pouvait donner une grande liberté de mouvements. De plus, on peut incliner légèrement la malade de façon à bien éclairer le champ opératoire (position périnéale légèrement inversée).

On incise le vagin au-dessous du néoplasme, vers le tiers moyen. Des pinces saisissent la paroi vaginale et la muqueuse est attaquée au bistouri entre deux pinces qui la tendent. On décolle ensuite la paroi vaginale, soit au doigt, soit au moyen de ciseaux courbes.

La paroi postérieure est celle qu'on attaque tout d'abord, puis la paroi latérale, puis la paroi antérieure. Il est indiqué de commencer la dissection par la paroi au niveau de laquelle l'infiltration est le moins marquée : de cette façon on trouve aisément le plan de clivage et la dissection est plus facile en arrivant vers les parties infiltrées.

Le vagin décollé et libre, la dissection poussée le plus haut possible, on l'attire vers le bas au moyen des pinces qui ont été placées au fur et à mesure de la dissection sur la tranche vaginale supérieure. On ferme ensuite le cylindre supérieur au moyen d'un surjet de soie réunissant la paroi postérieure à l'antérieure et allant d'un angle à l'autre ; ou par une suture en bourse, procédé plus rapide. On

peut lier le vagin à la façon d'un sac et cautériser la muqueuse sous-jacente. Injection vaginale, une compresse de gaze est placée sur les parties cruentées. Dans ces conditions le temps vaginal dure à peine dix minutes.

III. — L'hystérectomie périnéo-abdominale de Quénu et Duval

Nous reproduisons textuellement la description du premier temps périnéo-vulvaire, donnée par les auteurs :

« Incision circulaire périnéo-vulvaire, passant par la fourchette, la limite supérieure de la face interne des grandes lèvres, et sous le méat uréthral. Libération de la face postérieure du vagin par section du corps périnéal et décollement vagino-rectal dans « l'espace décollable » jusqu'au cul-de-sac de Douglas qui n'est pas ouvert. Libération de la face antérieure ; décollement vagino-urétro-cervical très facile à exécuter, avec l'extrémité mousse de ciseaux courbes fermés, une sonde métallique dans l'urètre : le cul-de-sac vésico-vaginal n'est pas ouvert. Libération des faces latérales, des attaches périnéo-pelviennes du vagin et de ses vaisseaux ; c'est le temps difficile.

Deux pinces courtes et solides sont placées sur l'étage périnéal à 1 centimètre en dehors des bords latéraux du vagin ; la section de chaque côté en dedans de ces pinces libère le vagin de ses attaches au plancher périnéal.

Immédiatement et grâce à ce début de dégagement latéral l'orifice inférieur du conduit vaginal est suturé à deux plans, le second enfouissant le premier.

La libération des bords latéraux du vagin se poursuit vers le dôme vaginal, les tissus latéro-vaginaux sont d'étage en étage saisis par des pinces en dedans de celui qui porte la section. Le dégagement s'arrête à hauteur des culs-de-sac.

Les vaisseaux liés, la vulve est totalement fermée par suture des petites lèvres entre elles jusque sous le méat urétral, un drain est placé au centre entre vessie et rectum. »

Le second temps abdominal de l'hystérectomie vagino ou périnéo-abdominale ne diffère pas du procédé de Wertheim.

Choix du procédé. — Quelles sont maintenant les indications respectives de la méthode de Wertheim, ou de l'hystérectomie périnéo ou vagino-adbominale ?

L'opération à la Wertheim (et nous entendons l'hystérectomie abdominale totale avec dissection des uretères, exérèse large du paramètre, ablation partielle de ganglions) convient à la plupart des cas : toutes les fois que l'utérus est très franchement mobile, que l'envahissement du ligament large d'un côté ou des deux côtés est extrêmement limité ; quand le vagin est peu envahi, que la tumeur n'acquiert pas un volume pouvant gêner les manœuvres abdominales. En un mot on emploie le Wertheim chaque fois qu'on a l'impression d'avoir affaire à un « bon cas ».

Le procédé vagino-abdominal ou périnéo-abdominal doit être réservé aux cas où le vagin présente une infiltration étendue ; quand l'infiltration des ligaments larges limite la mobilité latérale de l'utérus ; quand la tumeur est volu-

mineuse. Elle donne surtout des avantages quand l'opération s'annonce comme devant être particulièrement difficile.

Nous verrons dans le chapitre suivant ce qu'il faut penser de l'évidement pelvien ; et quand il convient de faire la ligature des hypogastriques.

CHAPITRE IV

ETUDE CRITIQUE DES TEMPS OPÉRATOIRES

Un temps important sur lequel tous les chirurgiens sont d'accord est la dissection de l'uretère et du paramètre. Il n'en est plus de même pour l'évidement pelvien, la désinsection première du vagin, la ligature des hypogastriques.

I. — Dissection des uretères et du paramètre

Il ne nous paraît pas rationnel de séparer ces deux temps opératoires : dissection des uretères et ablation du paramètre. Si l'on dissèque bien l'uretère on fera une bonne ablation du paramètre correspondant. « La condition nécessaire d'une bonne opération, écrit J.-L. Faure, est avant tout l'exacte dissection des uretères. Dans toute hystérectomie abdominale pour cancer on doit *chercher* les uretères, les *voir* et les *disséquer* ».

Anatomiquement uretère pelvien et paramètre ont des connexions qu'il est utile de rappeler. Le paramètre est cette portion condensée de la gaine des vaisseaux utérins qui enveloppe complètement le col et l'isthme : gaine fibro-vasculaire ou tissu paramétrique de Virchow. Elle forme un manchon dense et épais, et remonte sur les côtés avec les pédicules vasculaires jusqu'aux trompes le long du

bord utérin des ligaments larges. Le paramètre se continue et se confond en avant, latéralement et en arrière avec la gaine hypogastrique jusqu'à la zone adhérente du péritoine. Mince à la périphérie il s'épaissit au niveau du col, compris entre l'aponévrose pelvienne en bas et le péritoine en haut. Suivant certains anatomistes on trouve entre le paramètre et le péritoine un feuillet aponévrotique différencié (aponévrose de Delbet) qui le sépare de la base du ligament large. Le paramètre contient du tissu conjonctif, des éléments musculaires lisses. un peu de graisse, des lymphatiques et surtout des vaisseaux sanguins et l'uretère.

L'artère utérine, le plus important de ces vaisseaux, est en général facile à trouver sur les côtés du col où l'on en fait la ligature. Elle peut être un point de repère utile pour trouver l'uretère (Wertheim).

« L'uretère, après avoir quitté la paroi pelvienne sur laquelle il affecte des connexions un peu variables avec l'artère hypogastrique ne pénètre pas dans l'épaisseur du ligament large, mais se porte sous la lame postérieure de ce repli séreux. Dans son trajet oblique en bas, en avant et en dedans, il se rapproche graduellement de l'utérus et se place sur les côtés puis en avant du col, contractant ainsi avec lui des relations étroites. Dans ce trajet il est placé dans l'épaisseur du tissu cellulaire latéro-cervical auquel se mêlent des fibres lisses et des veines. Le segment terminal du conduit est depuis l'embouchure vésicale jusqu'au delà du point d'entre-croisement avec l'artère utérine entouré d'une gaine épaisse de 1 millimètre, confondue avec la paroi des plexus veineux voisins, et la dis-

sociation de tous ces canaux est très difficile. Il se laisse plus aisément séparer de l'artère utérine. »

Au point de vue *anatomo-pathologique* on a recherché dans quelle proportion se rencontrait l'envahissement néoplasique du paramètre. Des statistiques ont été publiées montrant la part respective des lésions du paramètre et des ganglions régionaux. Une des plus importantes est celle de Kundrat, faite à l'instigation de Wertheim et qui porte sur 80 cas jugés opérables. On trouve ainsi :

Deux paramètres et les ganglions régionaux des deux côtés indemnes : 32 fois.

Deux paramètres cancéreux, les ganglions des deux côtés indemnes : 15 fois.

Un paramètre cancéreux, les ganglions des deux côtés indemnes : 7 fois.

Un paramètre cancéreux, les ganglions du même côté cancéreux : 7 fois.

Un paramètre cancéreux, les ganglions du côté opéré cancéreux : 3 fois.

Deux paramètres cancéreux, les ganglions d'un côté cancéreux : 7 fois.

Un paramètre cancéreux, les ganglions des deux côtés cancéreux : 1 fois.

Deux paramètres cancéreux, les ganglions des deux côtés cancéreux : 4 fois.

Deux paramètres libres, les ganglions d'un côté cancéreux : 4 fois.

Deux paramètres libres, les ganglions des deux côtés cancéreux : 0 fois.

Nous avons donc l'envahissement des deux côtés 19 fois,

d'un côté 25 fois, soit au total de 55 pour 100. D'autres statistiques donnent des chiffres plus élevés, Kermauner et Lameris donnent le chiffre de 72 0/0, mais leurs observations ne portent que sur 23 cas. Winter et Schauta estiment que le paramètre est envahi dans les deux tiers des cas. En moyenne on peut prendre le chiffre de 60 à 65 0/0.

Ces examens portent sur la recherche histologique du cancer au niveau du paramètre : tissus et organes lymphatiques. Les lésions proviennent soit de l'extension par continuité, soit par métastase ganglionnaire ou lymphatique (noyaux cancéreux greffés sur les vaisseaux lymphatiques) envahissant ultérieurement les tissus environnants. On peut d'ailleurs observer simultanément ces deux modes de propagation. S'il s'agit d'envahissement lymphatique on reconnaîtra au début la présence d'un collier de petits ganglions ou de nodules siégeant autour du col et qui marque la première étape de l'envahissement ganglionnaire.

Cliniquement, pas de relations à établir entre l'extension au paramètre et les lésions constatées à l'examen histologique : une fois sur quatre, d'après Wertheim, l'infiltration cancéreuse ne peut être reconnue ; et d'autre part on peut prendre pour du cancer des infiltrations inflammatoires. On peut rapprocher de ces lésions banales des annexites simples ou suppurées qui accompagnent fréquemment le cancer du col. Il est probable que les surfaces ulcérées du néoplasme deviennent le point de départ de phénomènes infectieux susceptibles de se propager à tout l'appareil génital soit par voie muqueuse soit par voie lymphatique.

Au point de vue opératoire nous voyons, en raison des

chiffres cités, combien est importante l'ablation du paramètre. La technique en a été décrite. Nous rappelons seulement que le « principe de l'opération est de passer loin de l'utérus, à distance du col, et d'enlever, si possible, en une seule masse l'utérus et les deux paramètres ».

Pour faire cette dissection large, il faut isoler au préalable l'uretère pour être certain de ne pouvoir le blesser : mais dans quelle étendue convient-il de dénuder l'uretère ? Wertheim, qui le découvre sur une grande étendue jusqu'au détroit supérieur, accuse 7 0/0 de fistules uretérales *secondaires*. Il semble qu'actuellement on ait tendance à pratiquer des dissections plus limitées. On cherche tout d'abord à conserver intacte, si possible, la gaine conjonctivo vasculaire qui l'entoure ; de plus on le découvre seulement au niveau du paramètre, ou sous le péritoine immédiatement en dehors de la région envahie. Dans le but de favoriser la vascularisation de l'uretère on peut le fixer — une fois la dissection du paramètre terminée — par quelques sutures fixes au tissu qui l'entoure. On péritonise ensuite

Cullen a recommandé de faire le cathétérisme préalable des uretères : il y aurait à cette manière de faire les avantages suivants : la découverte est plus facile, si on ne voit pas l'uretère on peut par le palper sentir rouler sous le doigt la corde résistante qui le traverse ; si l'organe est blessé les lésions sont plus facilement réparées. Mais à cette méthode on peut reprocher le danger d'infection ; l'introduction d'un cathéter dans l'uretère n'est pas encore un fait de pratique courante ; et peut devenir la cause d'une pyélonéphrite.

En résumé, dissection limitée de l'uretère, ablation large

du paramètre paraissent les deux éléments de succès et semblent donner plus de garantie de guérison radicale que l'extirpation systématique des ganglions pelviens.

Uretéro-cysto-Néostomie. — Que doit-on penser de cette opération conseillée par quelques chirurgiens dans l'hystérectomie abdominale totale pour cancer de col ? Les premières anastomoses de l'uretère furent faites pour remédier à des accidents opératoires (section complète). Depuis lors certains chirurgiens vont plus loin et au cours de l'opération de Wertheim font un temps spécial d'uretéro-cysto-néostomie en vue de faire un évidement pelvien plus complet. Kelly (1), avant toute intervention pour cancer, fait pratiquer le cathétérisme des uretères et cherche à savoir si une résection sera nécessaire, si elle sera uni ou bilatérale. Sampson (2) fait la ligature des hypogastriques et enlève en masse tout le tissu pelvien y compris ganglions, vaisseaux, uretères.

Peu de chirurgiens poussent à ce point et de parti pris l'opérabilité. Il est des cas où l'on juge un cancer opérable, où la laparotomie même montre que la tumeur peut être enlevée, puis au cours de la dissection on n'arrive pas à dégager l'uretère, force est dans ces cas de pratiquer l'uretéro-cysto-néostomie. Pour tous les autres cas nous ne pensons pas qu'il faille ériger en temps opératoire spécial la résection de l'uretère et son anastomose à la vessie. Cette résection allonge l'opération, si rapide que soit le procédé employé ; mais surtout les cas où l'uretère est

1. Kelly. *Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 1900, p. 861.
2. Sampson. *John plapkin's hom Bull.*, vol. XIII, 1902, n° 141.

envahi sur une grande étendue sont suivis de récidive presque immédiate. Nous conclurons en disant que ces tentatives chirurgicales paraissent au moins inutiles et que par suite les cas où l'on prévoit une résection uretérale ne sont pas, à notre avis, opérables.

II. — Evidement pelvien

Un des avantages, l'avantage principal de l'hystérectomie abdominale totale est l'exérèse large du paramètre : tout le monde est d'accord sur ce sujet et les partisans de la voie vaginale ont élargi les voies d'accès par des incisions libératrices pour la pratiquer. La voie abdominale seule permet de faire l'évidement pelvien : nous entendons par évidement pelvien la recherche des ganglions bien que le terme d'évidement puisse aussi bien s'appliquer à l'ablation du paramètre. Pour les ganglions du paramètre la question est résolue puisqu'ils sont enlevés avec le paramètre même.

Il n'en est plus de même pour les ganglions à distance, ganglions pelviens et même lombaires. Anatomiquement les lymphatiques du col provenant des réseaux muqueux, musculaires et séreux se réunissent dans le tissu sous-séreux pour former un quatrième réseau qui donne naissance aux troncs collecteurs. Ces vaisseaux efférents vont pour la plupart aux ganglions iliaques internes ou hypogastriques et en particulier à un groupe ganglionnaire situé au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive. Mais

des recherches plus récentes ont montré que nombre d'entre eux vont également aux ganglions obturateurs ganglions sous-pelviens), aux ganglions sacrés latéraux (groupe ganglionnaire du promontoire) et aussi aux ganglions iliaques externes et aux ganglions du pli de l'aine. Enfin, Marcille, dans sa thèse, montre qu'il existe de nombreuses anastomoses et « ce qui frappe c'est la multiplicité des relais ganglionnaires et des pédicules lymphatiques ». Il faut encore signaler des ganglions lombaires qui reçoivent les efférents des groupes précédents et quelques lymphatiques directs de la partie élevée du col. Tous ces ganglions, tous ces vaisseaux, tous les nodules lymphatiques sont situés dans du tissu cellulaire qu'il faudrait également enlever pour faire besogne utile.

Il est vrai que tous ces groupes de ganglions ne sont pas uniformément atteints ; les ganglions le plus fréquemment engorgés sont les ganglions hypogastriques souvent adhérents à la veine de même nom ; puis viennent les ganglions iliaques externes et obturateurs, les ganglions sacrés. Ces ganglions sont durs, petits ou notablement augmentés de volume.

De nombreuses recherches histologiques ont été faites pour établir la fréquence de propagation du cancer aux ganglions. Disons tout d'abord que l'extension est très variable : de gros néoplasmes anciens ne s'accompagnent parfois d'aucun ganglion, et au contraire on voit de petits cancers, encore récents, atteindre de bonne heure le système lymphatique. Cet envahissement ganglionnaire est plus commun chez les femmes jeunes. A quoi doit-on attribuer cette variabilité extrême ? La pathogénie est impuis-

sante actuellement à en donner l'explication ; Duret émet l'hypothèse d'un « coefficient de malignité spéciale du cancer ». Quoi qu'il en soit voici les chiffres que nous avons pu relever.

D'après Wertheim, d'après Doderlein, la dégénérescence cancéreuse des ganglions ne s'observe que dans 30 à 35 0/0 des cas opérables, d'après Schindler dans 33 0,0, d'après Manteufeld dans 27,3 0/0, et l'on trouve des chiffres encore plus faibles : Pollosson donne 20 à 25 0/0. Donc en moyenne dans 30 0/0 des cas les ganglions sont indemnes ; et Kundrat montre que cet envahissement ganglionnaire n'a que des rapports inconstants avec l'infiltration du paramètre : lorsque ce dernier est pris les ganglions sont sains une fois sur deux. L'examen histologique montre la dégénérescence totale ou partielle des ganglions, avec éléments polymorphes et phénomènes de dégénérescence kystique ou tubulaire. Des nodules cancéreux existent également sur le trajet des vaisseaux lymphatiques (Ries, Kermauner et Lameris, Kramer). Dans tous les cas l'examen histologique est nécessaire pour faire connaître la nature cancéreuse des ganglions.

On a noté d'autres lésions ganglionnaires mais non néoplasiques. C'est ainsi que l'hypertrophie inflammatoire est notée dans 30 0,0 des cas par Wertheim, Kleinhaus, Doderlein, Zweifel. Ce sont des adénopathies inflammatoires banales ayant leur point de départ au niveau du col ulcéré.

Que doit-on conclure de ces notions anatomiques et anatomo-pathologiques ? Il est de règle en chirurgie générale d'enlever avec toute tumeur maligne les ganglions correspondants. La voie abdominale permet cette recherche pour

le cancer du col ; mais on est limité par la gravité des dégâts et la durée de l'opération notablement accrue. La recherche est difficile, on ne voit pas toujours les ganglions sous le péritoine et c'est seulement au doigt qu'on les sent rouler contre la paroi pelvienne. Les incisions de la séreuse, répétées et souvent déchirées et irrégulières, provoquent un traumatisme considérable. La dissection est minutieuse, elle suit le trajet des vaisseaux, explore la fosse obturatrice, le promontoire, la fosse lombo-sacrée, etc., c'est en faisant allusion à cet évidement pelvien que M. Pinard emploie le terme d' « autopsie sur le vivant ». De plus il est difficile de prétendre à un évidement complet, même si l'on pousse la dissection jusqu'aux ganglions lombaires comme le fait Jonnesco. Enfin les ganglions sont fréquemment déchirés, les vaisseaux lymphatiques rompus, ce qui peut être cause d'ensemencement par les cellules cancéreuses mises en liberté.

Pour toutes ces raisons : doit-on seulement enlever les ganglions visibles et tuméfiés ? doit-on au contraire faire l'évidement complet du bassin ? La conception de l'évidement pelvien paraît *juste*, logiquement, puisqu'elle a pour but de poursuivre le cancer dans tous ses prolongements et d'éviter la récidive. Mais pratiquement ? Ecoutons ce que dit M. J.-L. Faure (1) :

« L'évidement pelvien complet, c'est-à-dire l'opération qui consiste à enlever tous les ganglions et tout le tissu cellulaire du bassin, est une opération impossible. Nous ne

---

1. J.-L. Faure. *Leçons de clinique et de technique chirurgicales*, p. 257.

sommes pas ici dans le creux de l'aisselle. Il y a des ganglions dans la région obturatrice, il y en a à la bifurcation des iliaques, il y en a dans la fosse sacro-rectale et dans la fosse lombo-sacrée, il y en a en dedans et en dehors des vaisseaux, de gros et de petits, d'apparents et de cachés, perdus dans la graisse et dans les confluents veineux. J'ai fait, comme beaucoup d'autres, des évidements pelviens et je n'ai point enlevé tout le tissu cellulaire du bassin, car il faudrait en même temps enlever tous les vaisseaux. Sans doute on peut en enlever une grande partie, mais je prétends — et je ne suis pas le seul — que l'évidement complet du bassin est une opération non seulement illusoire mais impossible.

« Quant à la recherche des ganglions lombaires préconisée par Jannesco je n'en veux à aucun prix. Sans doute, il est facile de dire que plus une opération contre le cancer est large et meilleure elle est. Mais, dans le cas particulier, je pense que si les ganglions lombaires sont atteints, ils ne sont pas les seuls, qu'il y en a beaucoup d'autres et que c'est folie, illusion ou naïveté que de croire qu'on pourra les enlever tous, même avec la science anatomique la plus consommée, la patience la plus inlassable et l'habileté la plus merveilleuse. Et si les ganglions lombaires sont indemnes, je vois moins encore l'utilité qu'il peut y avoir à les aller chercher. Ne nous laissons donc pas entraîner par des formules ni leurrer par des illusions. Ces grands délabrements pelviens ne peuvent prétendre à une extirpation complète et méthodique de tous les ganglions. Mais s'ils ne peuvent conduire dans cette voie qu'à des résultats problématiques, ils ont en revanche des conséquences

immédiates et certaines. Ils aggravent considérablement l'opération. L'ouverture de ces larges espaces celluleux qui s'inoculent presque fatalement, permet à l'infection de se propager sans que l'on puisse rien contre elle, et l'on voit des malades dont le péritoine reconstitué résiste victorieusement, et qui succombent à des phénomènes de septicémie, par infection des espaces celluleux du bassin » (1).

Pour conclure nous disons : que si les ganglions ne sont pas tuméfiés de façon appréciable nous ne pratiquons aucune recherche systématique ; que si des groupes ganglionnaires sont nettement augmentés de volume et peuvent être enlevés sans grand dommage, nous ne voyons pas d'objection à en pratiquer l'ablation. Encore doit-on se rappeler que ces ganglions ne sont pas fatalement cancéreux.

III. — **Désinsertion première du vagin**

La désinsertion première du vagin décrite dans le procédé vagino-abdominal et l'hystérectomie périnéo-abdominale présente de sérieux avantages sur lesquels nous voulons insister : c'est en première ligne la *facilité du temps abdominal.*

On sait que dans une hystérectomie difficile pour lésions annexielles adhérentes l'opération est notablement simplifiée quand on attaque ces annexes de bas en haut (hémisection, procédé américain) ; la désinsertion vaginale est

1. Et c'est la conclusion émise par M. Faure au Congrès national de Gynécologie d'Alger, 1907, en condamnant l'évidement total.

en somme l'application de ce principe à l'ablation du cancer du col. On prive de ses insertions périnéales le vagin, de sorte que la tumeur cervicale se laisse attirer par en haut. Cette élévation plus facile du col a pour résultat de mieux faire voir l'uretère, et par suite de le disséquer aisément. Cette manœuvre est surtout appréciable dans les cas de néoplasme avancé où la mobilisation de l'utérus est difficile ; dans les bassins profonds où il faut aller très loin disséquer l'uretère si au préalable on n'a pas fait la désinsertion vaginale. Donc « la désinsertion première du vagin supprime la difficulté ou tout au moins l'atténue dans une large mesure. Elle permet de faire avec beaucoup plus d'aisance et de sûreté cette dissection péricervicale qui est, il faut bien le dire, la partie capitale de toute hystérectomie pour cancer ».

De plus si le col est très augmenté de volume il est souvent difficile d'aller sur les côtés sectionner le vagin, après la mise en place des pinces coudées. Au contraire si la désinsertion vaginale est faite, après la dissection du paramètre, l'opération se termine *tout d'un coup*, brusquement, on sent que le bloc néoplasique n'a plus d'attaches et se laisse attirer sans effort. Cette terminaison brutale est appréciable même dans les cas ordinaires, car il y a toujours à ce moment une certaine hésitation de la part du chirurgien pour faire la section du vagin : à quel niveau doit-il sectionner ? il faut s'assurer de la limite inférieure de l'infiltration néoplasique et sur le doigt aller à tâtons mettre les pinces en place. La désinsertion première du vagin permet donc d'enlever une portion connue de cet

organe et de dépasser le cancer aussi loin qu'on le juge utile. Doit-on enlever tout le vagin ? il y a à ce mode de faire des « inconvénients sur la nature desquels il n'est pas besoin d'insister » mais l'hystérectomie périnéo-abdominale réalise peut-être mieux l'asepsie que le procédé vagino-abdominal.

L'asepsie est en effet un argument en faveur de la désinsertion vaginale. Lorsqu'on a transformé la partie supérieure du vagin en « un sac septique fermé, l'opération est rigoureusement aseptique ». Il n'en est peut-être pas ainsi car l'inoculation des parties cruentées est chose fatale au cours du temps vaginal. Cependant on n'a plus à redouter l'inoculation du champ opératoire abdominal par le segment supérieur, car il semble bien qu'on puisse obtenir une étanchéité parfaite soit par une double rangée de sutures, soit par une suture en bourse qui permet de ne pas traverser avec l'aiguille la muqueuse vaginale. On peut encore disposer au niveau du col ulcéré une mèche stérilisée qui absorbera la matière produite par expression au cours du temps abdominal. Mais en somme on peut obtenir une étanchéité aussi parfaite par l'application de pinces de Goullioud ou de Wertheim.

La transformation du vagin en sac clos permet encore *d'éviter les greffes cancéreuses*. On a observé à la suite d'interventions pour cancer des greffes néoplasiques soit au niveau de l'intestin (thèse de Bigeard) soit au niveau de la cicatrice abdominale (cas de M. Hartmann) ; sièges anormaux de récidives. L'ensemencement par des cellules cancéreuses ne peut plus se produire avec la fermeture du segment supérieur vaginal.

On a reproché à la désinsertion première vaginale d'augmenter la durée de l'intervention ; elle nécessite à peine dix minutes et diminue la durée du temps abdominal par la facilité qu'elle donne pour disséquer le paramètre.

Quant aux troubles vésicaux ils ne sont pas plus marqués que dans l'opération de Wertheim où l'on doit faire porter la section le plus bas possible. Pour éviter les phénomènes de dysurie on a recommandé de suturer la vessie à la partie restante de la paroi antérieure du vagin.

En résumé la désinsertion première du vagin, pour les avantages énumérés, mérite d'être faite dans les cas où le vagin est envahi sur une étendue notable et dans les cas où l'opération paraît devoir être difficile (utérus peu franchement mobile, gros col hypertrophié).

IV. — **Ligature des hypogastriques**

La ligature des hypogastriques ne constitue pas un temps essentiel dans l'hystérectomie abdominale totale ; elle n'est pas employée par tous les chirurgiens et ceux qui la pratiquent ne l'emploient pas dans tous les cas. Wertheim l'emploie puis l'abandonne ; jusqu'à ces dernières années elle était employée de parti pris par notre maître J. L. Faure.

La ligature préalable des hypogastriques présente en effet des avantages incontestables :

Elle laisse la région où l'on opère toujours *nette de sang*, condition essentielle pour bien voir. Elle facilite par le

fait même la dissection des uretères. temps capital de l'opération. Le plus souvent en effet la dissection du paramètre s'accompagne d'un écoulement de sang rebelle et fort gènant pour le chirurgien. On sait que les infiltrations néoplasiques donnent lieu à une congestion intense des tissus voisins, que ces tissus saignent en *nappe* abondamment et que l'hémostase est particulièrement difficile au niveau de ces tissus friables. Avec la ligature des hypogastriques il n'en est plus de même et l'on opère sur une région à peu près exsangue

Le temps qu'il faut pour pratiquer la ligature n'est pas une objection car il est regagné facilement au cours de l'opération par la netteté de la dissection.

Il en résulte pour la malade une *économie de sang* très notable, fait important chez des femmes souvent affaiblies et anémiées.

On pratiquait autrefois des ligatures artérielles pour arrêter la marche du néoplasme. Polk. Chalot liaient les deux iliaques internes. Nous ne signalons ce fait que pour mémoire, ne pensant pas que la ligature de l'hypogastrique ait une influence sur l'évolution d'une récidive.

A côté de ces avantages on a reproché à la ligature des hypogastriques de favoriser la septicémie, par ce fait que l'afflux sanguin étant moindre au niveau du petit bassin, l'infection peut y développer plus facilement (théorie de la phagocytose) ; de provoquer des foyers de nécrose. Nous rapportons à ce sujet l'observation inédite d'une malade opérée par M. J.-L. Faure dans le service du Dr Demoulin :

Observation. — Mme M... Eugénie, trente-neuf ans, ménagère, entre au Pavillon, lit n° 32, le 23 juin 1907 pour des hémorragies qui surviennent de façon irrégulière depuis trois mois environ. Pertes fétides. Malgré son embonpoint la malade accuse un amaigrissement considérable et rapide, quelques douleurs pelviennes depuis un mois. A l'examen on trouve un col dur, ulcéré au niveau de sa lèvre postérieure. L'utérus est mobile, mais le cul-de-sac latéral droit manque de souplesse. Au spéculum, ulcération atteignant la dimension d'une pièce de 1 franc, saignant facilement. Etat général suffisant, rien dans les urines.

Opération le 8 juillet 1907. — Hystérectomie vagino-abdominale.

Temps vaginal. — Incision circulaire au niveau du tiers moyen. Double surjet à la base de la tranche supérieure vaginale. Décollement assez facile.

Temps abdominal. — Après exploration du bassin qui montre une infiltration des ligaments larges, surtout à droite, ligatures des hypogastriques de chaque côté du promontoire. Dissection difficile de l'uretère droit.

En somme opération pénible ayant duré une heure quarante minutes.

Suites opératoires. — Shock très marqué, le soir même température 36,7, pouls rapide à 120. Sérum, caféine, huile camphrée, un peu de boisson chaude et alcoolique, linges chauds.

L'état s'améliore le lendemain (T. 38, P. 110) et les jours suivants. Ablation des mèches au deuxième jour. Au cinquième jour un peu de température : 38,6.

Au huitième jour, au moment de l'ablation des fils on s'aper-

çoit que le malade présente une eschare fessière gauche ; eschare centrale qui gagne rapidement en profondeur et en étendue jusqu'à constituer une vaste cavité dépassant le volume du poing. Au quatorzième jour, petite eschare du côté droit mais qui n'évolue pas.

L'examen du système nerveux reste négatif, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, fièvre à grandes oscillations, suppuration abondante, état de cachexie. Complications pulmonaires. La malade succombe trois semaines après l'opération.

Doit-on attribuer cette vaste eschare à la ligature de l'hypogastrique ? nous n'avons pu recueillir d'observation analogue. D'autre part nous avons plusieurs fois observé des eschares fessières chez des malades grasses largement lavées à l'éther. Jamais dans ces cas l'eschare ne fut aussi *profonde*.

Indications. — D'après ce qui précède dans quels cas la ligature des hypogastriques doit-elle être faite ? Nous croyons pouvoir conclure qu'elle rendra de grands services dans les cas difficiles lorsqu'il y a une *infiltration évidente de la base* des ligaments larges lorsque l'uretère doit être dégagé sur une notable étendue. On pourra dans ces cas mieux reconnaître les plans de clivage, mieux voir l'uretère, ce qui diminue les dangers de le blesser.

Dans les bassins profonds elle peut également éclairer le champ opératoire déjà difficilement accessible.

On peut s'en passer dans les cas simples.

Technique. — La ligature peut être faite de deux façons.

1° Dans un *temps spécial* on découvre l'artère au-dessous du péritoine de chaque côté du promontoire ; elle est

dénudée sur une petite étendue et chargée avec l'aiguille de Deschamps préablement munie d'un fil ;

2° Ou bien après avoir sectionné les ligaments larges et isolé les annexes on peut au moyen d'un coup de ciseau donné sur le feuillet postérieur du ligament large aller découvrir facilement l'artère. Dans ce cas la ligature ne constitue par un temps spécial ; elle porte sur une portion de l'artère inférieure à la précédente.

V. — Drainage et péritonisation

Drainage. — Le drainage n'a rien de bien spécial dans l'hystérectomie abdominale totale pour cancer du col. Il est assuré au moyen d'un drain de fort calibre et rigide, et de une ou deux mèches de gaze stérilisée ; suivant le mode adopté par Routier, J.-L. Faure, Lejars et nombre de chirurgiens.

Deux ou trois pinces plates répèrent le segment vaginal inférieur pour éviter qu'il soit entraîné par le passage du drain. Drain et mèches sont saisis dans le bec d'un clamp légèrement courbe et introduits « en vrillant » de haut en bas. On peut encore dès le début de l'opération mettre en place une pince vaginale qui pourra servir de point de repère, et entraînera à la fin de l'intervention le drain et les mèches.

L'extrémité supérieure du drain est sectionnée de telle façon qu'elle s'arrête au ras de la circonférence supérieure du vagin ou le dépasse légèrement. La mèche est étalée, sur la tranche vaginale, en assure l'hémostase (il est en

effet à peu près impossible de faire un surjet hémostatique sur cette tranche) et établit un véritable drainage capillaire.

Ce drainage excellent est encore rendu plus parfait par la position déclive du drain. Au-dessus de lui on va reconstituer le péritoine pelvien.

Doit-on faire un second drainage abdominal? Dans les cas où l'opération a été particulièrement difficile, ou lorsqu'il y a eu des incidents susceptibles d'augmenter les chances d'infection il peut être avantageux de drainer la cavité péritonéale.

Un second drain est placé par l'abdomen : l'extrémité inférieure de ce drain doit répondre à la partie la plus déclive du Douglas reconstitué.

Péritonisation. — On ne saurait trop insister sur l'importance de la péritonisation.

Après des opérations longues et difficiles pour cancer on voit des malades résister victorieusement si la séreuse est bien reconstituée : c'est donc dire qu'ici plus que partout ailleurs la péritonisation trouve ses indications en assurant l'hémostase et luttant contre l'infection. La péritonisation *assure l'hémostase* en s'opposant au suintement sanguin qui persiste après la ligature des vaisseaux importants au niveau des surfaces cruentées. Nous verrons comment la séreuse doit recouvrir ces espaces mis à nu. Son action effective *contre les infections* venues de la cavité vaginale est due au fait même qu'elle assure l'hémostase, car les sérosités et caillots sanguins constituent un milieu de culture favorable aux germes. En particulier dans l'hystérectomie pour cancer la virulence de ces germes est encore accrue par la moindre résistance du petit bassin après un

traumatisme tel que l'ablation du paramètre et l'évidement pelvien. La péritonisation lutte encore contre l'infection du fait qu'elle constitue une barrière réelle au-dessus de la cavité vaginale : immédiatement elle s'oppose à l'ascension des germes et à la septicémie ; plus tard elle lutte contre la propagation d'inflammations tardives telles que les abcès du paramètre qui ne sont pas extrêmement rares après l'opération de Wertheim. Elle protège encore utilement l'utérus contre l'envahissement néoplasique si une réeidive survient ; on sait en effet que le péritoine est rarement envahi par le cancer. Comme dans toutes les autres interventions elle est une garantie contre la production d'adhérences intestinales et les occlusions intestinales consécutives.

Dans l'opération de Wertheim la péritonisation présente certains points spéciaux. Le péritoine est généralement sain et suffisamment ample pour que la péritonisation soit complète. Mais au-dessous du péritoine existent de multiples anfractuosités, des surfaces cruentées irrégulières et étendues ; on doit s'appliquer à supprimer ces espaces en rapprochant le péritoine des plans résistants profonds et éviter ainsi la formation « d'espaces morts » où les lobules adipeux se nécrosent et où s'accumulent les caillots sanguins. On se sert avec succès de l'aiguille à pédale à forte courbure (J.-L. Faure), l'aiguille doit prendre pour chaque point le feuillet péritonéal postérieur, le tissu cellulaire sous-jacent, et au besoin les fibres aponévrotiques ou musculaires profondes, puis le feuillet péritonéal antérieur. Elle doit en un mot aller profondément prendre dans sa courbure la plus grande quantité possible de tissus. Si l'on

prend soin de se servir d'un fil de catgut suffisamment fort n° 1 ou même n° 2 de croiser fréquemment ce fil, et de le maintenir bien tendu on obtiendra un surjet puissamment hémostatique et une fermeture parfaite de la plaie péritonéale.

Suivant le procédé ordinaire, on commence le surjet de son côté et on invagine par le premier point le moignon du pédicule utéro-ovarien ; puis on réunit le péritoine antérieur du rectum au péritone de la vessie en recouvrant successivement le pédicule du ligament rond, les pédicules utérins, le pédicule du ligament rond du côté opposé. Le surjet est arrêté au niveau du second pédicule utéro-ovarien.

Lorsque le péritoine est ainsi bien reconstitué formant une ligne de réunion transversale complète, il ne paraît pas indispensable de rapprocher l'S iliaque et la vessie pour former une second plan de péritonisation vésico-colique, suivant la méthode de M. Quénu ; mais il ne semble pas qu'on puisse faire d'autre objection à cette méthode que celle d'allonger un peu plus l'opération. Et elle est indiquée toutes les fois que la péritonisation proprement dite n'est pas parfaite.

CHAPITRE V

SOINS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — RÉCIDIVES

I. — Soins pré et post-opératoires

Anesthésie. — Quel procédé d'anesthésie faut-il employer? En raison de la longue durée de l'opération (cinq à six quarts d'heure), on a cherché à réduire l'anesthésie générale par le chloroforme. Dans les opérations vagino et périnéo-abdominales il est possible en effet de pratiquer le premier temps au moyen de l'anesthésie rachidienne. Et Wertheim a eu recours chez certaines malades affaiblies à la stovaïne lombaire et en a obtenu de forts bons résultats. Scheib (de Prague), l'a employée également avec succès. Les accidents attribués à l'anesthésie rachidienne dans ces dernières années (Société de Chirurgie de Paris, 1908) doivent rendre très prudent sur l'emploi de cette méthode.

C'est donc au chloroforme qu'on a recours la plupart du temps. On le donne soit avec la compresse, soit avec l'appareil de Ricard ; soit encore et mieux avec l'appareil de Roth Dreiger. Certains chirurgiens ont donné des doses minimes de chloroforme en faisant au préalable à la malade une injection de scapolamine-morphine. Nous avons vu employer cette méthode sans avantage appréciable.

Asepsie du vagin. — L'asepsie du vagin paraît être le résultat qu'on se propose d'obtenir par toutes les manœuvres pré-opératoires. En particulier dans les formes ulcéreuses, la cavité vaginale, par la présence des sécrétions sanieuses et fétides devient un milieu très septique. D'où la fréquence des complications septicémiques après l'hystérectomie pour cancer.

Comment obtenir l'asepsie du vagin ? On a recommandé de faire pendant les jours ou les semaines qui précèdent l'intervention de multiples injections vaginales chaudes et antiseptiques ; on a préconisé l'emploi des pansements vaginaux, les attouchements au chlorure de zinc, à la formaline. Tous les procédés paraissent insuffisants et il ne faut retenir que le curettage.

Le curettage qui permet d'enlever tous les bourgeons cancéreux, de supprimer ou de régulariser les cavités anfractueuses est en effet plus efficace. Nombre de chirurgiens se sont montrés partisans du curettage préopératoire (Congrès de Bruxelles, 1908). L'ablation des masses fongueuses diminue les sécrétions et la cautérisation au fer rouge, qui termine toujours l'opération pour arrêter l'hémorragie, lutte dans une certaine mesure contre la septicité du vagin.

Doit-on faire ce curettage dans un premier temps distinct de l'opération même et qui la précède de quelques jours ? Il paraît avantageux de le faire dans la même séance pour éviter l'administration répétée des anesthésiques ; de plus les fongosités repullulent avec une extrême rapidité. On le fait donc pratiquement en même temps que le

nettoyage et lavage du vagin ; il doit être confié à un aide spécial.

Nous ne saurions à l'heure actuelle donner exactement les résultats d'autres procédés : la fulguration du cancer, suivant la méthode de Keating Hart, qui combinée au curettage pourrait être employée pour nettoyer la région envahie. De plus la fulguration assouplirait les culs-de-sac (Pozzi). Mais nous voulons surtout parler de la stérilisation par l'air chaud des cavités septiques, suivant le procédé indiqué par M. Quénu à la Société de Chirurgie (1). Cette méthode pourrait être appliquée avec avantage à la stérilisation du vagin ; elle permettrait de stériliser non seulement le liquide de la cavité ; mais les parois (méthodes employées déjà avec succès pour stériliser rectum et utérus). Au moyen d'un appareil aérothermique de Gaiffe on insuffle par un tube métallique muni d'une gaine athermisante isolatrice de l'air chaud à 300, puis à 600 degrés. Les expériences cadavériques ont montré que pour l'utérus on pouvait envoyer de l'air chaud à 600 degrés sans craindre d'influencer les organes voisins. Cette méthode à été également appliquée pour le rectum, et semble devoir être mise en pratique pour la stérilisation du vagin.

Soins post-opératoires. — Ils ne diffèrent pas des soins ordinaires. Les mèches sont enlevées du deuxième au sixième jour ; et ne sont pas remplacées.

Le drain est enlevé ou tombe de lui-même au huitième

1. Quénu. *Bulletin de la Société de Chirurgie :* communications des 27 janvier, 2 février et 10 février 1909.

jour. Un sonde de Pezzer est introduite dans la vessie jusqu'à la chute du drain.

II. — Accidents et complications opératoires

Leur fréquence est relativement grande, et relève de la difficulté et de la durée de l'opération. *Immédiatement* le shock et l'infection sont les causes de morts opératoires les plus fréquentes. Les relevés des différentes statistiques donnent pour 100 cas de mort :

Quarante-sept fois par infection (soit septicémie, soit péritonite) ;

Vingt et une fois le shock opératoire, — et il est parfois difficile de distinguer la part qui revient à chacune de ces deux causes chez des malades qui succombent rapidement ;

Neuf fois l'infection urinaire ;

Huit fois des complications pulmonaires ;

Six fois des hémorragies secondaires.

En dehors de ces cas, les complications les plus fréquentes sont les blessures d'organes creux et leurs fistules secondaires. Schindler sur 117 cas relevés à la *Grazer Frauen Klinik* rapporte 15 blessures et fistules de la vessie ; 2 blessures de l'uretère et 18 fistules secondaires ; 3 blessures de l'intestin et des gros vaisseaux. Il ajoute 15 suppurations pariétales et 8 du paramètre.

Les blessures des gros vaisseaux ne s'observent guère que dans la pratique de l'évidement pelvien, en raison des adhérences ganglionnaires aux veines iliaques. Les bles-

sures intestinales sont suturées immédiatement et n'ont d'intérêt que si l'organe est intéressé par le néoplasme ; en effet, dans ces cas on voit souvent survenir la formation des fistules qui peuvent être le point de départ de l'infection.

Plus intéressantes sont les fistules uretérales et les complications vésicales.

Fistules uretérales. — Elles sont consécutives à une plaie de l'uretère suturé ; ou paraissent dues à la dénudation de l'organe. Wertheim sur 400 opérations accuse 24 fistules uretérales, dont 3 bilatérales. Il s'agit dans tous ces cas de fistules uretéro-vaginales.

Le siège de ces fistules est variable ; fistule haute, en dehors des paramètre ; fistule basse la plus commune au voisinage de l'embouchure dans la vessie. Dans tous les cas l'orifice de la fistule siège au niveau de la cicatrice vaginale, presque toujours au niveau de la ligne médiane, ne permettant que rarement de reconnaître le côté lésé.

La date d'apparition des fistules uretérales varie entre le septième et le dix-huitième jour qui suivent l'opération. La seconde semaine paraît la période critique, fait que l'on pourrait peut-être expliquer de la façon suivante ; il est d'usage d'enlever les mèches vers le sixième jour et c'est à cette période où le tamponnement pelvien disparaît que la fistule se produit.

Le début est variable et bien souvent insidieux. Cependant dans beaucoup de cas on note chez ces malades une élévation de température produite par l'infiltration d'urine au niveau du tissu cellulaire. Si l'on fait l'examen on peut rencontrer par le toucher vaginal une poche fluctuante.

Au bout de quelques jours cette poche se rompt, il s'écoule du pus mélangé à l'urine et la fistule est constituée. Dans les cas graves cette période d'abcès s'accompagne de phénomènes généraux alarmants, de fièvre plus ou moins vive, et de sécheresse de la langue comme dans les cas d'infection urinaire. L'écoulement de l'urine par le vagin n'est pas toujours définitif, il varie souvent d'un jour à l'autre. Il est curieux de noter que la guérison spontanée est assez fréquemment observée. Sur les 24 cas cités par Wertheim 11 ont guéri spontanément dans une période de un à quatre mois. Dans les cas définitifs on est obligé d'avoir recours à l'uretérostomie et d'aboucher l'uretère soit dans la vessie, soit dans l'intestin, soit encore de pratiquer la néphrectomie correspondante.

Complications vésicales. — Les cystites graves et rebelles sont fréquemment notées par les auteurs allemands. Mais les troubles vésicaux les plus souvent rapportés sont la pollakiurie avec urines troubles, et lorsqu'on pratique le cathétérisme après la miction on retire de la vessie une quantité plus ou moins grande d'urine. Il semble que, consécutivement à l'acte opératoire, il se produise une paralysie vésicale, et que le bas fond vésical laisse s'accumuler l'urine. Aussi a-t-on recommandé de suturer le bas fond vésical à la partie restante de la paroi antérieure vaginale. Ces cas de paralysie vésicale cessent en général spontanément vers le quinzième jour. Les fistules secondaires vésicales ont assez d'analogie avec les fistules uretérales ; elles apparaissent comme les précédentes vers le huitième jour au moment de l'ablation des mèches. Elles ont une tendance assez marquée à la guérison. Complications vésica-

les et uretérales sont susceptibles de donner naissance à la pyolonéphrite et à l'infection ascendante que l'on voit notée dans 5 à 8 0/0 des cas de mort. Les abcès du paramètre sont assez fréquents et souvent liés à la formation des fistules urinaires. Les suppurations de la paroi ne sont pas rares au cours d'une opération longue et dont l'asepsie ne peut rester parfaite.

III. — Récidives

Les récidives de cancer du col sont fréquentes, même après les opérations larges. Mais les statistiques des dernières années accusent nettement une diminution très appréciable. Alors qu'au Congrès de Rome en 1902 on voyait de 60 à 80 0/0 de récidives, Mackenrodt ne donne plus que 22,6 0/0.

La date d'apparition de la récidive est variable. Il faut en effet distinguer deux sortes de récidives : celles qui se produisent au niveau des zones ganglionnaires : ce sont des récidives généralement tardives, survenant parfois après sept ans (Segond), après douze et vingt ans (Olshaussen) ; elles sont relativement rares ; et celles qui surviennent au niveau de la zone opératoire : elles sont presque toujours en relation avec une ablation trop limitée de la partie malade. Il en résulte que la lésion locale continue pour ainsi dire son évolution : d'où récidive précoce ou immédiate.

Par contre, de nombreux cas sont signalés d'opérations notoirement incomplètes qui restent sans récidives pendant de longues années.

C'est à la seconde variété de récidives qu'on a presque toujours affaire. Elle siège au niveau de la cicatrice vaginale (55 0/0) ou dans le bassin (35 0/0) sur les bords du ligament large, d'où elle peut envahir le péritoine et l'intestin.

Il est curieux de comparer la date d'apparition des récidives :

Schindler sur 35 récidives en observe 21 la première année ; 3 la deuxième, 3 la troisième.

Jacobs, sur 76 récidives, rapporte 43 la première année ; 20 la deuxième ; 4 la troisième ; 2 la quatrième et la cinquième année.

On voit combien la fréquence est considérable dans la première année, souvent dans les premiers mois ; cette fréquence diminue dès la seconde année ; puis la troisième, la quatrième et la cinquième année, les récidives sans être exceptionnelles sont très peu fréquentes. Elles sont rares après la cinquième année. Aussi peut-on considérer (Winter) qu'après cinq années sans récidives une opérée peut être considérée comme guérie définitivement.

Au point de vue clinique la récidive est tout à fait *insidieuse* et c'est en la recherchant systématiquement qu'on pourra la découvrir.

Il n'y pas de douleurs, souvent pas d'hémorragies : il serait donc nécessaire d'examiner les opérées tous les mois ou tous les deux mois pendant les deux premières années qui suivent l'opération.

Souvent en effet les malades dans la crainte d'une nouvelle intervention ne consultent pas et lorsqu'elles se présentent au chirurgien il est souvent trop tard. Au début

la récidive se présente au toucher sous la forme d'un petit noyau ou bourgeon induré médian siégeant sur la cicatrice vaginale. Plus tard il peut atteindre le volume d'un œuf. Il faut chercher sa mobilité et ses connexions avec le rectum.

On peut confondre cette récidive avec un processus inflammatoire, mais dans le cas de cancer l'évolution est rapide et progressive.

Quelles sont dans les récidives les indications opératoires ? Le résultat des interventions pour récidives est peu encourageant et nombre de chirurgiens sont partisans de l'abstention. Si la récidive est volumineuse, peu mobile, ou envahit le rectum, il vaut mieux ne pas intervenir ; car l'intervention est difficile ou à peu près impossible en raison de l'absence des points de repère et de la gravité des résections du rectum dans ces cas.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS ET STATISTIQUES

La question des statistiques est une des plus difficiles à interpréter, nous chercherons cependant à tirer un enseignement des chiffres *publiés* dans ces dernières années. Nous considérerons la mortalité opératoire, et les résultats durables ou définitifs. Il convient de remarquer que le chiffre d'opérabilité dont on s'est peu occupé en France a cependant une importance considérable : nous empruntons à M. Lapointe (1), les considérations judicieuses suivantes :

« Le chiffre de l'opérabilité est un facteur capital pour apprécier, en matière de cancer, la valeur thérapeutique réelle d'une méthode opératoire. Il est certain que la voie abdominale a augmenté l'opérabilité du cancer du col dans des proportions très sensibles. Ainsi von Rosthorn, d'une opérabilité vaginale de 34/100, passe à 46/100 par l'abdomen ; Doderlein, de 48,3 à 68.6 ; à Vienne Schauta et Chrobak ont une opérabilité vaginale de 15/100 tandis que Wertheim atteint par le ventre jusqu'à 50/100. A Lyon, le professeur Pollosson le seul gynécologue français qui ait fixé

---

1. Lapointe. *La Clinique, loc. cit.*

ses chiffres relatifs d'opérabilité passe de 14/100 pour l'hystérectomie vaginale à 50/100 pour l'abdominale.

On va comprendre l'importance de cette constatation. Supposons en effet que nous voyons 100 cancers du col de l'utérus, nous en opérons 20 par le vagin et 10 opérées survivent cinq ans sans récidive ; nous avons 50/100 de guérisons durables, par rapport au nombre des opérées, alors que la valeur curative de la méthode n'est que de 10/100 par rapport au nombre des malades qui nous ont consulté. Ce sont précisément là les chiffres de Léopold. Maintenant sur 100 cancers du col, nous en opérons 45 par voie abdominale avec 18 guérisons durables, soit 40/100 chiffre inférieur de 10 à celui du cas précédent ; mais la valeur curative de l'opération est passée de 10 à 18/100, ce sont précisément les chiffres de Wertheim.

Pour les rendre plus éloquents encore et établir la comparaison des deux méthodes sur les malades d'un même milieu social et médical, Wertheim a rapproché les résultats de sa clinique de ceux obtenus dans les deux autres cliniques viennoises de Chrobak et Schauta qui opèrent par le vagin : or, pour les années 1900 et 1901 avec une opérabilité d'environ 15/100 un tiers des opérées est resté guéri. Ces 33/100 de guérisons durables par rapport aux opérées, chiffre très honorable, ne correspondent qu'à une valeur curative de 5/100 sur la totalité des cancers observés. Si bien que les guérisons fournies par l'opération de Wertheim dépasseraient plus de trois fois celles obtenues par l'hystérectomie vaginale. »

Mortalité opératoire. — Quels sont maintenant les résultats opératoires immédiats observés dans l'hystérec-

tomie abdominale totale pour cancer du col (op. de Wurtheim, ou vagino-abdominale). Les chiffres suivants sont donnés par les chirurgiens qui ont le plus pratiqué cette opération dans ces dernières années :

Brunet donne 11,6/100 de mortalité opératoire, soit 18 morts sur 132 cas.

Bumm donne 20/100.

Doderlein donne 16/100 (abandonne l'hystérectomie vaginale en 1901) et sa statistique porte sur 115 opérations de Wertheim. — 5/100 dans dernières séries.

Von Franque (de Prague) donne 16,5/100 (11 morts sur 66 cas.)

Bonhote Henderson donne 25/100 (pour 17 cas).

Jacobs (de Bruxelles) donne 5,3/100 (pour 141 cas).

Jayle (de Paris) donne 21/100 (5 morts sur 23 cas).

Kronig (d'Iéna) donne 3,8/100.

Mackemodt (Breslau) donne 19,5/100, chiffre tombé à 9/100 pour les dernières séries.

Pollosson (de Lyon) donne 15/100 (obs. de 184 cas).

Rosthorn donne 5/100.

Schindler donne 13,67/100 (statistique de la Grazer Frauen Klinik portant sur 117 cas de 1899 à 1904).

Scheib (de Prague) donne 20/100.

Veit donne 20 cas sans décès.

Wertheim (de Vienne) donne 20/100 au Congrès de Rome de 1902 (4 séries de 30 cas).

— — (donne 15/100 en 1906.

— — 6,6/100 en 1908 (série de 30 cas).

Zweifel (de Leipzig) donne 10/100.

Nous sommes loin des résultats du début de la méthode de Freund, atteignant 70/100 de mortalité opératoire. *Le chiffre actuel paraît en effet de 15 à 20/100.*

Il résulte de cet exposé que la mortalité la plus forte est accusée par les chirurgiens qui ont le moins grand nombre d'opérations ; l'habitude de la technique peut modifier en effet les résultats opératoires. De plus la plupart de ces chiffres concerne des malades d'hôpital souvent affaiblies et qui sont dans de mauvaises conditions pour résister à une opération longue et pénible.

Résultats éloignés. — Quels sont les chiffres indiquant les guérisons durables ? On admettait autrefois qu'on pouvait conclure à la guérison durable quand une récidive ne survenait pas au bout de trois ans. A l'heure actuelle nombre de statistiques portent sur une période beaucoup plus longue. Freund (de Berlin) rapporte à la Réunion des médecins allemands de Breslau (1904) l'observation d'une femme opérée depuis vingt-cinq ans, et une seconde guérison datant de vingt ans. Nous avons pu relever les chiffres suivants :

Brunet : 50 à 58/100 après 3 et 5 ans.

Bumm : 60/100 pour 120 cas, observation 5 ans.

Doderlein : 26,70/100 (pour 32 cas, temps d'observation 3 ans 1/2 à 4 ans 1/2 ; 44/100 (pour 32 cas, temps d'observation, 2 ans 1/2 à 3 ans 1/2).

Gutbrod : 39/100.

Mackenrodt : 77, 4/100 après 1 à 3 ans (pour 70 cas) ; 45/100 après 5 ans.

Pollosson : 60/100 après 1 à 4 ans.

Scheib : 75/100 après 2 à 6 ans ; 25/100 au delà de 5 années. Il donne comme chiffre de guérison absolue après 5 ans 1/2 ; 4 à 5/100.

Schindler : 46/100 après 2 à 5 ans.

Wertheim : 60/100 après 5 ans (Congrès de Dresde 1908). Série de 200 cas anciens : 151 guérisons durables : 87 sans récidive 5 ans après. Il donne comme chiffre de guérison absolue 19/100. Une autre série de 200 cas est trop récente pour donner la statistique.

En résumé on peut admettre le *chiffre de 30/100 de guérison durable*, la statistique de Wertheim donne seule un chiffre plus fort. Nous reproduisons la statistique de notre maître J.-L. Faure qui démontre bien l'évolution de l'hystérectomie abdominale depuis une dizaine d'années. J.-L. Faure. — *Communication à la Société de Chirurgie.*

22 novembre 1906 et au Congrès de Bruxelles 1907.

M. Faure distingue trois séries d'observations :

1° *Première série 1896-1901.* — « Technique incertaine, opérations irrégulières et tâtonnantes se rapprochant peu à peu de la technique de Wertheim ».

Cette série comprend 15 cas :

9 morts opératoires soit 60 0/0.

6 guérisons opératoires.

1 guérison datant de 7 ans et 7 mois.

1 récidive au bout de 6 ans.

3 récidives rapides.

1 malade non revue.

2° *Deuxième série 1902-1905.* — « Technique de Wer-

theim avec ligature des hypogastriques, avec ou sans évidement pelvien ».

Cette série comprend 18 cas :

6 morts opératoires soit 33 0/0.

12 guérisons opératoires.

9 guérisons.

1 depuis 3 ans (décédée en 1908.)

1 depuis 3 ans et 6 mois.

1 depuis 4 ans et 6 mois.

1 depuis 5 ans.

1 depuis 5 ans et 6 mois.

1 depuis 5 ans et 8 mois.

1 depuis 6 ans et 2 mois.

1 depuis 6 ans et 7 mois.

1 depuis 6 ans et 8 mois.

Toutes ces malades ont été revues en janvier 1909, la première seule a succombé au cours de la dernière année (sarcomatose généralisée) mais sans récidive de cancer.

1 récidive et mort au bout de 23 mois.

1 récidive rapide.

1 malade non revue.

3° *Troisième série* « méthode vagino-abdominale ».

Cette série comprend 7 cas.

1 mort opératoire soit 14/100.

6 guérisons durables :

2 avec récidives ;

4 sans récidives.

Au total 10 malades sur 18 ont de longues durées de guérison soit 55 0/0 de guérison durable ou définitive.

Pour nous résumer donc nous croyons pouvoir donner :

Pour la mortalité opératoire le chiffre de 15 à 20/100 :

Pour les résultats éloignés le chiffre de 30 à 40/100.

Ce sont là, semble-t-il, des résultats qui permettent d'avoir confiance dans la méthode de l'hystérectomie abdominale totale.

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie abdominale appliquée au traitement du cancer du col utérin *ne paraît pas définitivement fixée dans sa technique*; nous sommes actuellement dans une période de transition, mais on doit la considérer comme la méthode de choix.

2° On peut conclure aujourd'hui, d'après les statistiques, à la *curabilité du cancer du col par l'hystérectomie abdominale large*. Le procédé de Wertheim convient à la plupart des cas. Si l'on croit devoir employer la méthode vagino ou périno-abdominale, il faut la réserver aux cas difficiles.

3° Parmi les temps opératoires il en est un que l'on doit considérer comme *essentiel*, c'est la dissection du paramètre et de l'uretère. L'ablation des ganglions est discutée ; quant à la ligature des hypogastriques, elle est souvent inutile mais peut devenir très précieuse dans les cas difficiles.

4° Il est de toute nécessité de reconnaître le cancer au début ; mais le chapitre des indications opératoires s'est *élargi* avec les perfectionnements de la technique.

5° Quoiqu'il en soit l'hystérectomie abdominale pour cancer du col de l'utérus demeure une opération *sérieuse* (mortalité globale de 15 à 20 0/0) ; on doit le savoir et le

dire ; mais elle vaut la peine d'être tentée puisqu'elle donne des *guérisons durables et souvent définitives* dans beaucoup de cas (30 à 40 0/0).

Vu le Président de la thèse :
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Arnauld. — Colpo-hystérectomie abdomino-vaginale dans le cancer de l'utérus. Thèse de Montpellier, mars 1909.

Auclair. — Thèse de Paris, 1899.

Baish. — Résultats anatomo-pathologiques et cliniques de l'ampliation des actions chirurgicales contre le cancer de l'utérus. Zent. f. Gyn., 1905, n° 17.

— De l'importance de l'extirpation des ganglions dans l'opération du cancer de l'utérus. Arch. f. Gyn. Bd. LXXV. Hft. 2.

Balloch. — Des limites de l'intervention ap. dans le cancer du col. Am. Journ. of obstetrics, décembre 1904.

Bérard et *Leriche.* — De la castration abdomino-vaginale dans le traitement du cancer du vagin. Lyon médical, 1906.

Berkeley et *Bonney.* — Cure radicale du cancer du col utérin par la méthode de Wertheim, avec relation de 18 cas, dont 16 trop avancés pour hystérectomie vaginale. The British Medical Journal, octobre 1908.

Besson. — Thèse, 1904.

Boyen Young et *William.* — Cancer de l'utérus, étude de 254 cas provenant du service de Gynécologie de

Boston City Hopital. The Boston medical and surginal J., 1909, février, n° 8.

Bonhote Hendersen. — Note sur l'hystérectomie pour cancer du col et sur sa mortalité immédiate basée sur l'étude de 17 cas. The British Medical J., novembre 1908.

Brunet. — Résultats des opérations abdominales du cancer de la matrice. Arch. f. Gyn. LXXVII Hft 3.

Bumm. — Technique de l'ablation par l'abdomen de l'utérus cancéreux. Zeitsch. f. Geb. de Gyn., 1905. Bd. LV. Charité Ann. Berlin, 1907. XXXI.

Chalieu. — Cancer du col utérin avec hydrosalpynx bilatéral et ganglions hypogastriques. Op. de Wertheim. Société des sciences médicales de Lyon, avril 1908.

Courmontagne. — De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des cancers utérins. Thèse de Paris, 1900.

Crapez. — Valeur de l'ablation des ganglions dans l'hystérectomie pour cancers. Thèse de Paris, 1904.

Cullen. — Cancer de l'utérus. New-York, 1900.

Delagénière. — De la valeur de la ligature de l'hypogastrique dans l'hystérectomie. XIII[e] Congrès international de médecine. Paris, 1900, section de gynécologie.

Delbet. — Cancer de l'utérus, in traité de Chirurgie Duplay-Reclus.

Depage et *Mayer.* — De la section délibérée des uretères et de la paroi vésicale dans les cas de cancer étendu de la matrice. I. de méd. de Bruxelles, 1904, IX, 245-157.

Doderlein. — Extirpation abdominale et vaginale de l'utérus cancéreux. Veit's Handb. d. Gyn., 1908.

Durét. — Résultats des interventions totales dans le traitement du cancer utérin. Revue de Gynécologie, 1904.

Faure (J.-L.). — Leçons de clinique et de technique chirurgicales. Paris, 1905.

— L'hystérectomie. Paris, 1906.

— Traitement du cancer des organes génitaux chez la femme. Ann. de Gyn. et Obst., juin 1908.

— Cure chirurgicale du cancer du col utérin, mai 1908. Presse médicale, n° 38.

— Rapports et communications.

Fleishmann. — Absence de récidive surprenante après une intervention incomplète pour cancer de l'utérus. Wien. Klin. Wochenschrift, octobre 1908.

Fromme. — Valeur de l'examen cystoscopique au point de vue du pronostic des interventions abdominales pour cancer. Monatsschrift fur Geburstshufund Gynakologie, janvier 1908.

Garret, Anderson et *Platt.* — Affections malignes de l'utérus, étude sur 265 cas traités à New Hospital for Women. The J. of obstetrics and Gyn. of the British Empire, décembre 1908.

Gailly. — Cancer et Grossesse. Thèse de Lyon, 1900.

Grimoud. — Thèse de Toulouse, 1904.

Gutbrod. — Société obst. et gyn. du Wurtemberg, février 1905.

Hasmer (Walther). — Valeur des renseignements fournis par la cystocopie au point de vue des indications et

du pronostic de l'hystérectomie abdominales pour cancer. Ziest. f. Geb. u. Gyn., 1908, LXII.

Hartmann et *Lecène*. — Propagations ganglionnaires dans le cancer du col de l'utérus. Ann. de Gyn., mars 1905.

Hamilton. — Etude sur 137 cas d'hystérectomie. Surgery Gynecology med Obstetrics, 1909, mars, n° 3.

Imbert et *Pieri*. — Sur la colpohystérectomie totale. Bull. de Société de Chirurgie de Paris, séance du 15 novembre 1905, p. 925 et Société de Chirurgie de Marseille, juillet 1906. Sur l'extirpation large du cancer de l'utérus. La Clinique, janvier 1909.

Jacobs. — Traitement chirurgical du cancer utérin. The british Gyn. J., 1905, et Progrès médical belge, 1908.

Jayle. — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. Rev. de Gyn. et de Chirurg. abd., 1908, septembre, n° 5.

— Technique de l'hystérectomie abdominale pour cancer du col. Presse médicale, juillet 1904 et décembre 1908.

Jonnesco. — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Rev. de Gyn., 1902.

— Méthode opératoire et résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de l'utérus. J. médica de Bruxelles, octobre 1908.

Kesteren (V.). — Résultats thérapeutiques des opérations pour cancer du col et de la portion vaginale de l'utérus. Nederlansh Tijdschrift voov Geneeskundel novembre 1908.

Kleinhaus. — Prag. med. Wacher., 1904.

Kroemer.— Des organes lymphatiques des organes génitaux féminins et de leurs altérations dans les maladies malignes de l'utérus. Arch. f. Gyn., Bd LXXIII, Hft I et Monatsch f. Geb. u Gyn., 1903.

Kronig. — Technique de l'ablation totale de l'utérus dans le cancer de l'utérus. Monatsch. f. Geb. u Gyn. Berlin, 1903, t. XV.

Kundrat. — Extension du cancer au paramètre dans le cas de cancer de l'utérus. Arch. f. Gyn., LXIX.

Lapointe. — La Clinique. Paris, 24 août et 28 septembre 1906.

Lampe. — Contribution à l'opération radicale par l'abdomen de l'utérus cancéreux. Monatsch. f. Geb. u Gyn., mai 1905.

Latzco. — Wien. Klin. Wochens., 1905.

Lentaud. — Uretéro-cysto-néostomie. Thèse de Paris, 1907.

Mackenrodt et *Brunet.* — Résultats cliniques et anatomiques des opérations abdominales pour cancer de l'utérus. Zent. f. Gyn., 1905, n° 8.

Manteufeld. — Recherches sur les formations métastatiques dans les ganglions iliaques accompagnant le cancer de l'utérus. Beitrage zur Geb. u Gyn., VIII, 1904.

Mauclaire. — Sur trois cas de cancer du col traités par l'hystérectomie abdominale totale. Rap. de Picqué. Société de Chirurgie, 1898-1899.

Marcille.— Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens. Thèse de Paris, 1902.

Peiser. — Thèse de Breslau, 1898.

Penrose. — Obs. de résection volontaire de l'uretère. New-York med. J., 1894.

Pollosson. — Hystérectomie avec évidement pelvien (op. de Wertheim). Réflexions sur 211 opérations pour cancer utérin. Lyon chirurgical, février et mars 1909. Revue de Gynécologie, 1905.

Popoff. — Résultats actuels de la lutte contre le cancer utérin. Roussky Vratch, avril-mai 1908.

Quénu et *Duval.* — Technique opératoire de la colpo-hystérectomie totale par voie périnéo-abdominale. Revue de chirurgie, juin 1906.

Quénu. — Stérilisation pré-opératoire par l'air chaud des organes creux à contenu septique. Société de chirurgie, 27 janv. et 10 févr. 1909.

Reymond. — Epithéliomas utérins au début, hystérectomies précoces. Bulletins et Mémoires. Société anat. Paris, 1908.

Reussens. — Etude sur le curage du pelvis dans treize cas dc cancer utérin. Congrès de Madrid.

Richelot. — Rapport au Congrès de 1900.

Ries. — Une nouvelle méthode opératoire du cancer du col. Zeitschrift f. Geb u Gyn., 1895. The J. of the Amer. med. Assoc., 8 octobre 1906.

Rosthorn. — Monatsch. f. Geb. u Gyn., 1906. Bd. 23.

Sabatier. — Contribution à l'étude de la conduite à tenir pendant la grossesse et l'accouchement dans les cas de cancer du col. Thèse de Nancy, fév. 1909.

Scheib. — Contribution clinique et anatomique au traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Arch. fur Gynæk., 1909. Bd. LXXXVII, Hft. 2, p. 1.

Schindler. — Résultats statistiques et anatomiques de l'opé-

ration de Weilhau, dans le cancer de l'utérus. Monat. f. Geb. u Gyn., 1906.

Saeckel. — De la cystoscopie en Gynécologie. Leipzig, 1904,

Stapler. — L'op. de Wertheim dans les cas de cancer de l'utérus. Rev. gyn., 1901.

Theilhaber et *Hollinger.* — De l'état du myométrium dans les cancers de l'utérus. Arch. f. Gyn. Bd. LXXIII, Hft. 1.

Violet. — Arch. générales de médecine, 1905.

Winter. — Projet de statistique du cancer de l'utérus. Zentralblatt f. Gyn. fév. 1908.

Weibel. — L'état des uretères à la suite de l'opération plus large du cancer de l'utérus. Zeit. f. Geb. u. Gyn., 1908, LXII.

Werder. — Nouvelle opération pour la cure radicale du cancer du col par l'ablation en masse de l'utérus et du vagin par l'abdomen. Amer. J. of. obst., 1898.

Wertheim. — Valeur de l'extirpation large du cancer de l'utérus. Zentralbl. f. Gyn., 1908.

— Résultats de l'extirpation abd. du cancer de l'utérus, Zentralbl. f. Gyn., fév. 1908.

— Coup d'œil sur la pratique de l'hystérectomie abd. dans le cancer. Wiener Klin. Woch.. 1906.

— Contribution à l'étude des ganglions lymphatiques régionaux dans le cancer de l'utérus. Zeuts f. Gyn., 1903.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Chapitre I. — Historique	11
Chapitre II. — Indications opératoires, diagnostic d'opérabilité. — Cancer du col et grossesse	16
Chapitre III. — Procédés et techniques	26
1. Opération de Wertheim	26
2. Hystérectomie vagino-abdominale	34
3. Hystérectomie périnéo-abdominale	36
4. Choix des procédés	37
Chapitre IV. — Etude critique des temps opératoires	39
1. Dissection du paramètre et de l'uretère	39
2. Evidement pelvien	45
3. Désinsertion première du vagin	50
4. Ligature des hypogastriques	53
5. Drainage et péritonisation	57
Chapitre V. — Soins pré et post-opératoires. — Accidents et complications. — Récidives	61
Chapitre VI. — Résultats et statistiques	71
Conclusions	79

Imp. spéciale de la librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.